

LETRA

SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA



Carla Rippey. Tres imágenes de la peste / fin del siglo XX

Mujeres y sida

Desigualdad y percepción de riesgo

Entrevistas con Patricia Uribe y Silvia Panebianco Labbé

Kathryn Carovano • Marta de la Lama

INDICE

4

Entrevista con la Lic.
Silvia Panebianco Labbé
La desigualdad social de la
mujer la hace más
vulnerable a la infección

6

Así lo siento
Marta de la Lama

7

Mujeres: si nos
permiten hablar...
Enrique Gómez Flores

8

Entrevista con la Dra.
Patricia Uribe
En la prevención, aprovechar
las armas de la mujer

10

Algo más que madres
y prostitutas
Kathryn Carovano

11

Norma Oficial Mexicana
para la Prevención y Control
de la Infección por Virus de
Inmunodeficiencia Humana

12

Nuevas armas
contra el VIH
Henry Gee

Binomio cáncer-sida,
necesidad de un protocolo
Dra. Patricia Volkow

13

Calidad de vida
Recomendaciones para
mujeres con VIH
Una adecuada alimentación
para reforzar defensas

EL MAL ENTENDIDO

EN LOS LIBROS

Un virus no identifica géneros

En estos tiempos de crisis resulta cada vez más necesario no desperdiciar tiempo ni recursos, porque ya no hay dinero que alcance ni actividades que todavía puedan darse el lujo de ser superfluas. Por lo mismo, la creatividad que todos requerimos para hacer frente no solo a la crisis de salud, sino también a la "otra" crisis, la que nos amenaza con detener en seco los logros obtenidos hasta ahora, debe encaminarse a la promoción de proyectos globales, de carácter inclusivo, que hagan caso omiso de la práctica de segregación que tantas veces nos ha resultado nefasta.

Un libro como **La mujer y el VIH/sida**, de Marge Berer, ilustra claramente el modelo de proyecto al que me refiero. En palabras de la autora, "Hace ya mucho tiempo que, tanto las mujeres portadoras del VIH como muchas profesionales y activistas que trabajan en el campo del VIH/sida y de la salud de la mujer, hemos sido conscientes de los efectos de esta epidemia en la población femenina, pero durante los años 80 hemos constituido voces aisladas. (...) Las grandes lagunas existentes en la literatura publicada sobre la mujer y el VIH/sida hasta 1990 me motivaron a escribir este libro. El material disponible en cada país estaba tan fragmentado y era tan limitado que la mayoría de las mujeres tenían más preguntas que respuestas, y expresaban cada vez con más intensidad su deseo de información. En esa época, la mayoría de los activistas del campo de los derechos reproductivos a nivel internacional todavía no eran conscientes de las consecuencias del VIH/sida ni lo estaban incorporando en sus perspectivas o su labor". El objetivo del libro, en este sentido, fue vincular los esfuerzos de las activistas por los derechos reproductivos de la mujer con los esfuerzos de aquellas que se ha dedicado a la lucha contra el VIH/sida.

Por lo generoso que resulta en cuanto a los temas tratados, el libro de Marge Berer es un adecuado material de consulta y referencia. Su carácter internacional permite obtener una visión global del trabajo centrado en el VIH/sida y la mujer- que se ha estado realizando en los últimos tres años en diferentes partes de Europa Occidental, África, América del Norte, América Latina, el Caribe, Asia y el Pacífico. El público al que se dirige también es extenso: mujeres en general y organizaciones de mujeres, activistas en el campo de la salud y los derechos reproductivos de la mujer, investigadores y proveedores de servicios; a los encargados de dictar políticas de salud, organizaciones de derechos humanos, educadores, periodistas; por último, a los activistas y profesionales del campo del VIH/sida.

"Si él no tiene
un condón,
pídele que
busque uno."



Muchos carteles dirigidos a las mujeres sugieren el uso del condón pero sin incluir propuestas para su negociación con la pareja. (Foto: CDC.)

Los primeros diez capítulos están orientados hacia el análisis de cuestiones médicas y sociales, y abarcan desde temas generales como *¿Qué son el VIH y el sida?* o *Cuando el resultado de la prueba es positivo*, hasta otros mucho más específicos, como *Estrategias para la prevención de la transmisión vinculada al embarazo u Orientación después del parto para mujeres portadoras del VIH y su comportamiento reproductivo a partir de entonces*. Se incluyen reflexiones tan importantes como las relacionadas con las prácticas sexuales protegidas para la mujer, las estrategias para un sexo más seguro, los anticonceptivos y los condones, la discriminación contra las embarazadas portadoras del VIH, o tan fundamentales como la decisión de seguir adelante con el embarazo o interrumpirlo.

Casi todos estos asuntos suelen involucrar los sentimientos más íntimos de muchas mujeres, y en el libro es posible encontrar puntos de referencia, experiencias de otras mujeres que afectadas directa o indirectamente por el virus, han tenido que aprender a vivir una existencia más compleja y en todos los sentidos más ardua. Al respecto, el artículo de Janet Holland, *et. al.*, *No mueras de ignorancia - Yo casi muero de vergüenza: el condón en contexto*, es absolutamente ilustrativo de lo desastrosos que pueden resultar para las mujeres la ignorancia y el miedo.

Hay una sección de referencias que permite profundizar sobre algún tema específico y, para redondear los aspectos informativos, al final de cada capítulo se incluyen resúmenes y extractos de artículos de investigación y análisis, modelos de folletos y material informativo diverso. Esto permite al lector interesado explorar con detalle los temas que le parezcan más importantes y obtener ejemplos específicos de diferentes países.

Los dos capítulos siguientes, por demás interesantes, están dedicados a las historias personales y a la descripción de varios grupos de autogestión, de sus proyectos sobre el VIH/sida y de las experiencias que han tenido al llevar a cabo su trabajo en favor de los afectados, mediante estrategias de educación, prevención y servicios.

El último capítulo contiene una selección

de grupos y organizaciones locales, regionales, nacionales e internacionales vinculadas al trabajo de la mujer y el VIH/sida, así como una somera descripción de sus actividades y recursos, con el objeto de orientar al consultante sobre los grupos a los que en un momento dado podría recurrir. Como es lógico, aquí no están todos los que son ni son todos los que están. Es de lamentarse que en la parte correspondiente a México, por ejemplo, estén ausentes grupos de mujeres que viven con VIH/sida y que trabajan con homólogos, pues era muy importante registrar la forma en que ellas viven esta experiencia y cómo la han enfrentado según sus condiciones y características.

Debido a su naturaleza referencial, el libro es voluminoso y sus casi cuatrocientas páginas no permiten una lectura lineal de los materiales que contiene. Sin embargo, la diversidad de los mismos, y la forma en que están presentados, impiden que la consulta resulte fatigosa. En este sentido, la autora no descuidó los aspectos editoriales, pues procuró que la obra pudiera llegar a la mayor cantidad posible de lectores, y eliminó las jergas especializadas que muchas veces impiden que la información se transmita en forma adecuada y que la reflexión progrese.

Por último: además del valor de toda esta información recopilada en una sola fuente, lo importante de **La mujer y el VIH/ sida** estriba en que representa una estrategia de trabajo fundamentada en la intención de relacionar esfuerzos que, de otro modo, no hubiesen tenido muchas posibilidades de encontrarse. En vista de las circunstancias, y ante la incertidumbre que nos acecha, este libro muy bien podría servir como modelo para nuevos esfuerzos de integración en un ámbito local.

La mujer y el VIH/ sida es un compendio internacional de información, acción y recursos, escrito y editado por Marge Berer con la colaboración de Sunanda Ray. Puede adquirirse en el Centro de Recursos e Investigación sobre sexualidad y sida del Colectivo Sol (CRISSOL), A. P. 13320, C. P. 03500, México, D. F., tel.: 606-7216. Los grupos pueden solicitarlo por correo a AHRTAG, Farringdon Point, 2935 Farringdon Road, Londres, E. C., IME3JB, Reino Unido ●

OPINION

AURORA DEL RIO ZOLEZZI,
ANA LUISA LIGUORI,
CARLOS MAGIS RODRIGUEZ

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen cerca de un millón de casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), y más de 16 millones de adultos infectados, de los cuales 40% son mujeres.

A pesar de que la evolución de la epidemia varía de país a país de acuerdo con el tipo dominante de transmisión, hoy en día resulta evidente el aumento progresivo de casos de sida en mujeres en el mundo entero.

Aunque ahora se reconoce la importancia de la infección por VIH y el sida en la mujer, en la bibliografía internacional está documentado ampliamente el retraso con que se empezó a abordar esta problemática. Las investigaciones giraron fundamentalmente en torno al contagio perinatal y a las sexo-servidoras. También en el ámbito científico dominan los estereotipos femeninos de la mujer como madre o prostituta.

Este aumento de los casos en mujeres -muchas veces vertiginoso- se debe a diversos factores que determinan una mayor vulnerabilidad a esta infección. Por un lado se encuentran los factores biológicos. La OMS estima que en las relaciones heterosexuales, las mujeres son de dos a cuatro veces más vulnerables a la infección por VIH que los hombres.

Entre las razones de esta mayor vulnerabilidad está la cantidad de virus en los fluidos sexuales. El semen de un varón infectado contiene una cantidad de células infectadas por VIH muy superior a la presente en los fluidos vaginales de una mujer infectada. Por otro lado, el epitelio vaginal y rectal es mucho más vulnerable a las infecciones que el que cubre el pene, y el virus puede mantenerse vivo por más tiempo en esas áreas, con una superficie de contacto mucho mayor.

Existen, asimismo, algunos factores epidemiológicos que las exponen a un mayor riesgo de infección. Las mujeres suelen necesitar transfusiones sanguíneas más frecuentemente que los hombres, sobre todo en función de complicaciones del embarazo y/o el parto. Además suelen casarse o establecer relaciones de pareja con hombres mayores que ellas, que por lo general han tenido más experiencia sexual y por lo tanto mayor probabilidad de infección por el VIH.

Sin embargo, los factores que probablemente ponen a la mujer más en riesgo son los sociales. Las normas sociales y las representaciones culturales establecen patrones de conducta diferentes para cada uno de los sexos que se traducen en desigualdades para las mujeres en distintas esferas de la vida social, y en general su sometimiento al hombre.

El primer caso de sida en mujeres en México se registró en 1985 y a partir de ahí y hasta el 1 de enero de 1995 se habían reportado 3,111 casos, lo que representa 14.5 por ciento del total, que es de 21,344 casos.

La distribución de los casos por edad muestra una mayor concentración en los grupos de 20 a 49 años (60 por ciento de los casos en mujeres), con tasas que oscilan entre 111 y 145 por millón de habitantes.

Uno de los indicadores que permiten apreciar la importancia que está cobrando el sida entre las mexicanas -además del aumento significativo de casos- es que esta enfermedad ocupa desde 1992 el lugar número doce como causa de muerte en mujeres de entre 25 y 34 años, mientras que en 1988 ni siquiera se ubicaba entre las primeras 20.

En cuanto a los factores de riesgo asociados a la transmisión de la infección en los

Epidemiología del sida y las mujeres



Taller de Documentación Visual

casos de sida en mujeres acumulados desde el inicio de la epidemia, 39.1 por ciento se asoció a transmisión sanguínea, 32.5 a transmisión sexual, 3.9 a transmisión perinatal, 1.6 a ex-donadoras remuneradas y 0.5 por ciento a usuarias de drogas intravenosas. Sin embargo, esta distribución ha cambiado a lo largo del tiempo, pues mientras que en 1986 todos los casos notificados en mujeres se asociaban a transmisión sanguínea, esta proporción ha ido disminuyendo paulatinamente hasta representar sólo el 32 por ciento de los casos en mujeres adultas en 1994. En forma recíproca, la proporción de casos de sida en mujeres adultas asociados a transmisión sexual era de cero por ciento en 1986 y ha alcanzado el 68 por ciento de los casos acumulados durante 1994. El número de casos por transmisión sanguínea en ellas se duplica a menor velocidad (45 meses), que los transmitidos por vía sexual (27 meses).

De esta manera, en la epidemia de sida entre las mexicanas se distinguen claramente dos subconjuntos que tienden a comportarse en forma diferente: la epidemia asociada a transfusión sanguínea es anterior y actualmente muestra una tendencia a la disminución en el número de casos nuevos, mientras que la fracción heterosexual se inicia posteriormente y sigue mostrando una tendencia al aumento en el número de casos.

Algunas características sociodemográficas de las mujeres que viven con el VIH/sida en México son de especial interés para abordar el diseño de estrategias de prevención eficaces para disminuir la transmisión heterosexual de esta enfermedad. Nuestros datos

muestran que la ocupación que concentra mayor número de casos es la de ama de casa. Aunque es claro que en términos de tasas ésta es de las bajas, en términos de proporción de casos tiene una importancia relativa en lo que hace a la transmisión sexual. A esto se agrega el hecho de que la mayor parte de los casos se presentan en mujeres casadas o unidas. Sin embargo, cabe la posibilidad de que quienes reportan ser amas de casa, se dediquen a alguna forma de prostitución y lo nieguen por temor al estigma asociado a esta ocupación, o bien porque no se perciben a sí mismas como prostitutas. Este hecho tiene relevancia cultural, ya que plantea dificultades serias para diseñar campañas preventivas dirigidas a esta población.

Para las parejas estables, el tema de las prácticas de sexo más seguro tiene muchos obstáculos, dado que remite a los problemas de fidelidad y confianza.

Es importante señalar que si bien hacia 1990-91 las tendencias en la velocidad de disminución de la razón hombre:mujer de los casos de sida nos hacían prever una heterosexualización relativamente rápida de la epidemia, este indicador, que pasó de 25:1 en 1986 a 5:1 en 1991, se estabilizó en 6:1 desde 1992. Esta modificación en la tendencia prevista seguramente se debe al hecho de que ha disminuido de forma eficaz el contagio a través de transfusiones al que se debían alrededor de dos terceras partes de los casos en mujeres. En este punto, sin embargo, es necesario vigilar el comportamiento de la epidemia en áreas rurales en donde todavía 49 por ciento corresponde a

casos asociados a transfusiones. A partir del segundo semestre de 1990, la transmisión heterosexual cobra mayor importancia en el comportamiento general de la epidemia.

Vale la pena señalar que, al igual que en otros países, en México el mayor número de estudios de infección por VIH sobre mujeres se ha dedicado a las trabajadoras del sexo, entre las cuales la seroprevalencia es muy baja, variando de ciudad a ciudad entre cero y uno por ciento.

En el tema de mujer y sida aún tenemos muchas más preguntas que respuestas, dado el retraso con que se ha abordado la investigación sobre las particularidades de la enfermedad en esta población. Además, carecemos de información suficiente sobre los patrones de comportamiento sexual de diversos grupos de mexicanas y mexicanes, que como muestra de evolución de la epidemia en nuestro país, son el origen de una proporción mayoritaria y creciente de los casos nuevos de sida en mujeres.

En México, las estadísticas socioeconómicas confirman que las mujeres se encuentran en desventaja con respecto a los hombres en diversos ámbitos.

La desigualdad de oportunidades educativas y laborales, aunadas a la persistencia de roles genéricos tradicionales, desemboca en la dependencia y falta de poder social de las mujeres, lo que en el contexto del VIH/sida tiene consecuencias graves.

Muchas no conocen las prácticas sexuales de sus compañeros fuera de los límites de la propia relación de pareja, por lo que no tienen conciencia de estar en riesgo. La mayoría no pueden cuestionarle al marido su conducta, y si lo hacen se exponen a situaciones de conflicto potencialmente violentas. Aún más, aquellas que sí tienen alguna percepción de estar en riesgo, es poco lo que pueden hacer para negociar la adopción de medidas que las protejan de un eventual contagio.

Quizá el problema más difícil de abordar sea el diseño de medidas preventivas que realmente sean aplicables por las mujeres, particularmente por las que perciben de alguna manera que están expuestas al riesgo de infección por VIH y no están en condiciones de negociar con su(s) pareja(s) el uso de condón o de otras técnicas de sexo más seguro. Esto es aplicable tanto a mujeres unidas en relaciones estables, como a mujeres con relaciones ocasionales y a las trabajadoras sexuales; sin embargo, las que están unidas de manera estable en relaciones de gran dependencia social y económica del varón, son probablemente las que menor posibilidad tienen de prevenir la infección.

En el ámbito internacional se están desarrollando métodos de prevención que las mujeres puedan controlar, inclusive sin que la pareja lo sepa. Este esfuerzo parece ser una de las vías más prometedoras hacia la prevención del sida en las mujeres.

Es indispensable que los grupos interesados en la salud de la mujer, las organizaciones de mujeres, los (las) investigadores(as) y las autoridades de salud encargadas de la prevención del sida desarrollen un mayor número de proyectos de colaboración, tanto en el área de investigación como de educación y atención a mujeres que viven con VIH/sida y sus familias, tomando como punto de partida la exitosa colaboración de las trabajadoras del sexo y algunas ONG con dependencias gubernamentales y de atención a la salud -que sin embargo ha sido limitada-, ampliándole a otros grupos de mujeres ●

EDITORIAL

MARZO DE 1995

LETRA

SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

Director General: GUILLERMO IBARRA RAMIREZ.

Director: Alejandro Brito

Coordinador: Arturo Díaz Betancourt

Consejo Técnico:

Dr. Manuel Palacios, Arturo Vázquez Barrón,
Carlos Bonfil, Antonio Contreras, Raúl Zarza,
Manuel Figueroa, Juan Alfonso.

Diseño: Cees van der Huls

Formación: Tere Vázquez Vázquez

Consejo Editorial:

Elena Poniatowska, Marta Lamas, Carlos Monsiváis,
Ana Luisa Liguori, Marta de la Loma, Antonio
Lazzcano Araujo, Dra. Carmen Villarreal, Dr. Carlos
Cano, Dr. Samuel Ponce de León, Dra. Patricia
Volkow, Joaquín Hurtado (Abrazo, Monterrey), Dra.
Yolanda Pineda (Muss, A.C., Michoacán), Araceli
Márquez (ORAIN, D.F.), Max Mejía (Sida Tijuana),
Sandra Peniche (Y.A/XC'HE, Yucatán).

Ignacio Mariscal 25, 4o. piso, col. Tabacalera. CP 06030
Tel.: 535 30 32, 535 46 12 ext. 150
Fax: 705 56 15 y 592 02 63



Eduardo de Almeida Prado



General/OPS

La desigualdad social de la mujer la hace más vulnerable a la infección



Classroom 01-411 1000

Por último, quisiera señalar, como un reconocimiento, el apoyo del DIF a Conasida con respecto a las mujeres y las familias con sida, a las mujeres cuyos niños tienen sida. Se trata de un programa que por el momento cubre a las pacientes del Distrito Federal y área conurbada, esperamos que este programa se extienda a nivel nacional, porque hay familias que sin ese apoyo no hubieran sobrevivido ●

PERFIL

Organización de Atención Integral en Sida, A. C. (ORAIN)

Nace legalmente en 1993, aunque sus orígenes se encuentran en el extinto GIS-SIDA desde 1991.

ORAIN tiene como objetivo principal *ofrecer apoyo y acompañamiento a las mujeres que viven con VIH/sida, sus hijos, familiares y amigos*. A partir de 1994 inició un programa de asesoría y capacitación a mujeres que participan en ONG y que trabajan con mujeres en diversas áreas, ofreciendo información sobre prevención del VIH para la población femenil; el impacto de la infección en relación con las ETS, embarazo, parto y lactancia; promoción y defensa de los derechos humanos; y de cómo vivir de la manera más sana posible.

ORAIN, aunque ha tenido problemas de financiamiento, cuenta con el trabajo voluntario de profesionistas y amas de casa, así como con el espacio que solidariamente le otorga en sus nuevas instalaciones Ser Humano, A. C. *Todos los donativos y apoyos son bienvenidos*. Ofrece los servicios de consejería, apoyo emocional, asesoría legal, visita a hospitales y clínicas, pláticas informativas en escuelas y universidades, y un grupo de autoapoyo a mujeres con VIH/sida que se reúne los miércoles de 18:00 a 20:00 hrs. Domicilio: Niños Héroes No.151, Col. Doctores, México, D. F., 06720. Tel./Fax: 578-7257 de 12:00 a 18:00 hrs., de martes a viernes.

Salud Integral para la Mujer, A. C. (SIPAM)

Es una institución sin fines de lucro, surgida en 1987, cuyo objetivo principal es *contribuir en la lucha por el respeto del derecho a la salud de las mujeres*. Esta conformada por un equipo de mujeres de diversas especialidades y ocupaciones tales como médicas, enfermeras, parteras, sociólogas, antropólogas, economistas, psicólogas, comunicólogas, artistas, administrativas, trabajadoras sociales, amas de casa y sindicalistas. Se sostiene con el trabajo de sus integrantes, aportaciones individuales y apoyos de agencias de cooperación internacional.

Aunque SIPAM no es propiamente una ONG de servicio en sida, pues es sólo una de sus aristas, éste forma parte de la visión integral que tiene de la salud de la mujeres. Sus programas de trabajo son: Mujeres, Sexualidad y Sida; Autogestión en Atención Primaria para Mujeres; Salud y Derechos Reproductivos; Subjetividad y Salud Mental; y Difusión y Comunicación. *Los servicios que ofrecen en sida son de prevención y detección de anticuerpos al VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS)*. Además proporcionan acciones educativas para la prevención, autocuidado y los derechos a la salud de las mujeres; capacitación para la formación y actualización de técnicos(as) y profesionales de la salud; atención ginecológica y psicológica; campañas y movilizaciones por los derechos de las mujeres; y coordinación con redes nacionales e internacionales afines. Domicilio, Vista Hermosa No.89, Col. Portales, México, D. F., 03300. Tel./Fax: 539-8703. Internet: sipam@planeta.apc.org ●

Así lo siento

MARTA DE LA LAMA
Y o podría tratar de escribir un artículo muy sesudo acerca de la problemática del sida, de la mujer y de las nuevas facultades de la Asamblea de Representantes del D. F. No creo que me saliera, puesto que en los tres puntos va la emoción por encima del análisis.

Quizá lo primero que pienso, que recuerdo, sean los talleres sobre sexualidad humana que tomé hace diez años en el instituto de Juan Luis Alvarez Gayou.

Corre la película y veo el grupo heterogéneo en edad, formación y preferencia sexual, las explicaciones de Xabi, de Guillermo, de Andrés, sobre algo amenazante, pero que pasaba en otros países, a otros seres humanos, que sin duda no tenía nada que ver con nosotros: el sida.

Poco a poco este tema se nos fue acercando y cercando nuestra vida sexual, emocional. Empezó a ser cotidiano el hablar del condón, las pláticas sobre sexo seguro, como cotidianas se volvieron las noticias sobre amigos que morían o se enfermaban o se descubrían como seropositivos. La satanización de los homosexuales como "causantes" y víctimas de este "castigo divino" estaba a la orden del día. El sida dejó de ser algo lejano, intangible y se convirtió en dolor, ausencia y miedo.

Así vimos a Cheri menguarse con su cara borrosa y sucumbir, como tantos otros, en medio de su "cristiana familia", ferozmente bellaca con él y con todos los que lo amábamos. La comunidad gay reaccionó con rapidez: charlas, volantes, trípticos, obras de teatro, erotización del uso del condón, contactos internacionales, apoyo de fundaciones de otros países. La prostitución organizada se dio a la tarea, no siempre bien recibida, de convencer a los clientes del uso de preservativos para protegerse del mal y salvaguardar a la familia.

Y así vino la sorpresa. El índice del síndrome en los homosexuales disminuyó y en mujeres y niños empezó a dispararse.

Hoy, en nuestro país, el número de amas de casa y sus hijos condenados a una muerte degradante, estigmatizados, entre la sorpresa y la angustia, va en aumento.

¿Cómo convencer, convencernos todos de que esto no es un mal de un grupo, exclusivo de una práctica sexual?

¿Cómo encarar la promiscuidad sexual vanagloriante del mexicano y su bisexualidad inaceptada?

¿Cómo las mujeres, a las cuales en una proporción importante, se les niega el placer, el uso de anticonceptivos, la decisión de aceptar o no el coito, la decisión de abortar o no, pueden defenderse de la embestida del macho irresponsable?

¿Cómo puede pedirle al marido, al padre de sus hijos, a su "señor", que use condón, que no la enferme, que no haga nacer condenados a la muerte?

¿Cómo, cómo, cómo..., si nacimos para no ser y cualquier transgresión a la norma es castigada?

La mujer con su marginación de género a cuestas añade la maldición de ser receptáculo engendrador de criaturas con cruel destino.

Todo esto no es una novela de horror, no es folletín sentimentaloides, es una realidad



amarga. Realidad que lo es en una proporción muy escasa por transfusión sanguínea y en casi su totalidad por una actividad sexual riesgosa y desprotegida.

No es cuestión de moral, es cuestión de conciencia, de responsabilidad, es asumir que el placer, el efecto, el deseo deben ser precavidos. Cada quien es libre en su actividad sexual, siempre y cuando no victimé en algún sentido con su ejercicio a otro o a otros.

El llegar a la primera Asamblea Legislativa del D. F. como representante popular del primer distrito, después de haber ganado las elecciones del 21 de agosto, es la gran oportunidad y el gran privilegio de concretar cosas en las que creo y por las cuales he luchado durante muchos años. No se trata, nunca se trató de un trabajo, de un deseo, de una batalla en solitario, yo "llegué" para que quienes creemos en el respeto a las decisiones personales sobre el cuerpo, en el respeto a las preferencias sexuales, en la igualdad de los sexos, en el rechazo a la violencia, en la promoción de los derechos humanos, de la educación y de la justicia como prioridades comunitarias, podamos revisar, adicionar o hacer leyes necesarias para el avance de la vida democrática de nuestra capital.

Soy un instrumento de quienes me sensibilizaron, me apoyaron y me hicieron entender que hay muchas formas de vivir la vida, de disfrutar o de sufrirla, que el ponernos "en los zapatos de otro" es el principio de la tolerancia, no como hastiada condescendencia, sino como el derecho a la diferencia.

Humanizar la norma, la regla, la ley como principio del orden que debe presidir la convivencia capitalina, crearla cuando no exista, darle voz a quien no la tiene o a quien no la toma por ignorancia, por miedo, por apatía. Darle voz a quien va perderla, para que no cunda

más la plaga que va a segarla.

Educación, salud, derechos humanos, comisiones de la asamblea de representantes que tienen que trabajar para legislar, para amparar de entre otros, a las víctimas del sida.

Desde mi posición como vicepresidenta de la Comisión de Atención Especial a los Grupos Vulnerables, me propongo, incidiendo en las Comisiones que mencioné antes, a las cuales también pertenezco, trabajar en los campos afectados directamente en todo lo que les compete legislativamente dentro de lo que atañe al Distrito Federal. Por otra parte, coadyuvar y gestionar cualquier acción que favorezca a la prevención del sida, a la atención a los seropositivos y a los enfermos, y en especial a la observancia del respeto a los derechos humanos de estas personas.

Sin duda estas tareas atraen la solidaridad, el talento y la sensibilidad de todos mis compañeros en la Asamblea de Representantes para impulsar las medidas de todo tipo para auxiliar a este grupo y prevenir a la comunidad entera. No sé qué tanto podamos conseguir: poco a poco se irá aclarando lo que queremos alcanzar. La difusión que se haga de nuestros esfuerzos y de la realidad de este problema, sin duda va a contribuir a que todos nos calcemos los zapatos de estos otros, de estas otras que la fatalidad ha colocado en esta situación desesperada. Hombres, mujeres, niños..., homosexuales, hetero-sexuales, bisexuales... No hay crimen que perseguir: hay conductas que enmendar, conductas sexuales y conductas sociales que reprimen, marginan, ofenden, degradan a todos.

Trabajemos en las leyes, en las mentes, en las conciencias, en los corazones ●

Vicepresidenta de la Comisión de Atención Especial a los Grupos Vulnerables de la Asamblea de Representantes del D.F.

REPORTAJE

En la lucha contra el sida, la mujer se mantiene en clara desventaja frente al hombre debido, principalmente, al entorno sociocultural en que se desenvuelve, coincidieron en señalar a **LETRAS** luchadoras sociales, dirigentes de diversas

Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y algunas mujeres seropositivas. Tales desventajas consisten en la escasez de información, campañas y talleres dirigidos directamente a las mujeres; en la casi nula atención para el género femenino por

parte de las ONG; en los escuetos procedimientos de investigación sobre el comportamiento del VIH en este sector de la población, así como en las grandes barreras psicológicas que la misma mujer se impone en su relación con la sociedad.

Mujeres: si nos permiten hablar...

ENRIQUE GOMEZ FLORES
Pese a lo difícil que resulta para la mujer mexicana luchar contra el sida, el caso de María del Rosario Soto Jasso, mujer seropositiva de 54 años de edad, es un ejemplo de que el sida no termina ni con la vida, ni los sueños, ni las ilusiones. "A veces -dice- estoy tan ocupada haciendo tantas cosas, que de pronto no me acuerdo que estoy enferma. Aunque debo confesar que el hombre necesita muchos tamaños y la mujer muchos ovarios para consolidar el proceso de aceptación de la enfermedad", externó.

Chayo -le gusta el sobrenombre- no sabe cuándo ni quién la infectó, y prefiere no saberlo nunca. Ella lo supo hace dos años y medio, pero en ese tiempo ya presentaba un serio problema de candidiasis en el paladar, la cavidad bucal, intestinos y vagina. "Sentí que se me caía el mundo cuando me enteré del resultado de la prueba ELISA, pero superé la crisis en un año", explicó.

Indudablemente la vida de Rosario ha cambiado. Actualmente su música favorita es la meditación, hace unos años era el rock and roll; antes estaba alejada de Dios totalmente, ahora se reencontró con él; le encantaban los tacos al pastor, las botanas y la cerveza, ahora los tiene prohibidos; antes le tenía pavor a la muerte, ahora está preparada para ella.

Luchar contra lo que se necesita

Claudia Colimoro, presidenta de Mujeres por la Salud en Acción Contra el Sida, A. C. (MUSA), aseguró que la desventaja de la mujer en la lucha contra el sida radica en la poca información dirigida especialmente para ella, y subrayó que si el hombre no acepta fácilmente el uso del condón, no sólo con las trabajadoras sexuales sino con la mujer en general, "entonces no existe ninguna protección para nosotras mismas".

En este sentido, la dirigente sostuvo que las amas de casa tienen pocas posibilidades de utilizar el preservativo, por lo que urgió tanto a la Organización Mundial de la Salud (OMS) como a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a que hagan llegar a México los condones femeninos.

"Si hubiera condones femeninos, nosotras mismas nos daríamos algunas mañanas para colocarnoslo antes de tener una relación sexual sin tener que poner al tanto a la pareja", enfatizó.

Añadió que si las mujeres "no nos ponemos las pilas, pronto habrá muchos huérfanos y muchas mujeres infectadas. Para evitar eso luchó contra el sida, si no ya me hubiera retirado."

Explicó que MUSA se dedica al trabajo de prevención y de educación sexual, así como a defender los derechos humanos y

laborales de la mujer en todos los niveles, desde trabajadoras sexuales hasta amas de casa.

El trabajo con amas de casa, asegura, se lleva a cabo, "como si se juntaran para vender *Avón o tupper ware*."

Hablar de conductas, no de identidades

Salud Integral para la Mujer, A. C. (SIPAM), ONG dedicada a la lucha contra el sida con atención especial para mujeres, citó los principales obstáculos para la mujer en esta labor:

- 1) Las barreas psicológicas que se impone la misma mujer en su rol social. Esto es, pensar que la salud y la protección siempre está en el hombre: "hasta que él decida yo me protejo".
- 2) El temor y la inseguridad les impide acudir a los diversos organismos en busca de ayuda y orientación.
- 3) La presión social que se ejerce hacia la mujer, "porque es más fácil que un hombre cargue un condón en su cartera, a que una mujer lo traiga en su bolsa de mano".
- 4) "Los resagos en la investigación del comportamiento del VIH/sida en la mujer."
- 5) Las "pocas" posibilidades de infección en las mujeres, sólo porque en principio las estadísticas las consideraban de bajo riesgo.
- 6) Las ONG dan generalmente mayor atención y servicios a hombres.

Isaura Bono y Georgia Bratt, integrantes del Área de Salud Sexual y Sida de SIPAM, enumeraron dichos obstáculos y agregaron:

"Si te das cuenta, en las estadísticas se considera a la lesbiana como una persona de bajo riesgo y, por lo tanto, los métodos de prevención en este sector son desconocidos. En estos casos no podemos reaccionar como al principio de la epidemia, cuando se creía que el riesgo en la mujer era menor, pues ahora estamos viendo que se incrementa notablemente el número de mujeres infectadas."

El riesgo en una relación homosexual entre mujeres existe cuando se comparten juguetes sexuales o en el sexo oral. En este punto, explicaron, debe hablarse de conductas y no de identidades.

Atención a uno y otro sexo

Beatriz Ramírez, perteneciente a la Fundación Mexicana de Lucha contra el Sida A.C., exhortó a las mujeres a acudir a las diferentes ONG en busca de ayuda,



Jan Samalik

de información o de capacitación aunque reconoció las limitaciones de estas organizaciones: "Lo que me preocupa es que en los directorios existen muchos grupos en la lucha contra el sida en el país, pero hablas y algunos de ellos no existen o son muy primitivos. Pareciera que hay mucha gente en la lucha y no es cierto, lo cual puede mermar la posibilidad de que algunos se unan a la causa. Creo que el trabajo está disperso y necesitamos cohesionarlo", propuso.

Beatriz Ramírez inició su lucha en 1984, junto con un grupo de bailarines, con quienes decidió investigar más a fondo sobre la enfermedad que empezaba a surgir en todo el mundo. Su lucha prosiguió en 1986 cuando trabajó en el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, en donde nació la idea de una norma técnica que legislara la no comercialización de la sangre.

Conocida por sus pacientes como Bety, aceptó que el sida la ha confrontado consigo misma, con su muerte, con su sexualidad, con la vida misma. Comenta que una vez su esposo y ella tuvieron un cuestionamiento que les hizo cambiar su modo de vida: "¿por qué llevamos la vida queriendo convencer a los chavos y chavas de que usen condón y nosotros no lo usamos? Desde entonces usamos condón", reveló.

El presupuesto de gobierno, a las ONG

Por su parte, Yolanda Pineda, presidenta de la Organización de Michoacanos por la Salud y Contra el Sida, A. C. (MUSS), aseveró que en este combate la mujer debe preocuparse más por la lucha en favor de sus derechos.

La epidemióloga expresó su preocupación ante las estadísticas de la entidad, que en 1985 daban una razón de 13 hombres infectados por cero mujeres; 14 hombres infectados por una mujer en 1987; y en 1994, 5 hombres infectados por cada mujer. Pero ¿cuáles son los factores que propician esto?, inquirió e inmediatamente respondió que en el área rural la mujer es más vulnerable por su bajo estatus social en una sociedad machista.

Pionera de la lucha contra el sida en Michoacán, Yolanda Pineda informó de la realización de un proyecto de MUSS en conjunción con la Universidad de Michoacán, consistente en la formación y capacitación de replicadores de información en la población universitaria del

estado. Explicó que los muchachos bajarían en sus escuelas y, durante una tercera fase del programa, saldrían a los municipios más afectados por este mal: Puruándiro, Tarimbaro, Los Reyes y Morelia.

La también fundadora del Consejo estatal de prevención de sida aseguró que las ONG le están haciendo el trabajo al gobierno, ya que los Coesidas no están haciendo buenas campañas, por dedicarse a "cuidar aspectos políticos". En ese sentido, propuso que el presupuesto del gobierno se otorgue a las ONG, ya que el programa de lucha contra el sida, sería mejor trabajado por estas organizaciones: "Si las organizaciones se institucionalizaran más, la lucha sería compacta, formal y sería".

Para perdonar nada más Dios

A Gloria Laguna Castillo, se le fue "toda la tranquilidad" desde hace cinco años. Luis López murió el 13 de abril de 1994. Fue esposo de Gloria y vivió algunos años con ella, hasta 1970. Pero volvió, casi veinte años después, en 1989, con dos hijos -Faby y Paco-, con dos matrimonios en el recuerdo y con una parálisis facial.

"Regresó y me pidió ayuda. Accedí por humanidad y los sostuve económicamente a él y a sus hijos durante un año", comentó con toda naturalidad.

Paco siempre tenía diarrea y fiebres, pero ella jamás imaginó cuál sería la verdadera causa de su mal. Gloria y Luis compartieron nuevamente sus vidas y él alguna vez le contó que el niño había nacido con un virus, sin especificar cuál: "fue en junio de 1990 cuando me llamaron del Hospital General y me enteré que él era seropositivo. Desgraciadamente yo ya estaba infectada. Fue una impresión que, mientras viva, no la voy a olvidar, no contra la vida, ni contra los hombres, sino contra él, por su cobardía, por no decirme desde el primer momento."

Mientras abre su bolsa de mano continúa: "entré a verlo a su cuarto y sentí odio. El estaba muy grave y yo ya no sentí nada por él, ni cariño, ni compasión, ni respeto, solamente odio. Que Dios me perdone por lo que voy a decir, pero yo en ese instante quería matarlo. Le desconecté el oxígeno, le grité que era un cobarde."

Mi mamá me pide que lo perdone, pero para perdonarlo nada más Dios. Uno es humano y por lo tanto pecador", argumenta.

A pesar de que al principio intentó suicidarse ingiriendo pastillas para el hígado, ahora desea juntarse con un hombre, pero asegura: "sería más fácil y bonito que él tuviera el mismo problema que yo".

Gloria espera que pronto se descubra un medicamento, que le pueda descargar de ese gran peso que Luis le dejó ●

De acuerdo con el comportamiento inicial de la pandemia del sida, se pensó que la mujer, según la imagen idealizada que se tenía de ella, estaba exenta de cualquier riesgo. El desafortunado concepto "grupos de alto riesgo" obstaculizó el desarrollo de la conciencia colectiva sobre las posibilidades reales de infección. Esta visión errónea, producto del prejuicio, decretó a la mayoría de la población, y con especial énfasis a la mujer, fuera de peligro. Según esto, la mujer de conducta sexual intachable, es decir, aquella que casi ha renunciado a su sexualidad, no tenía nada

que temer. Esta actitud, sumada a las desigualdades y rezagos sociales que limitan a la mujer ha dado por resultado la poca percepción del riesgo del sida entre la población femenina. En la presente entrevista, la doctora Patricia Uribe, subdirectora técnica de Conasida, además de razonar sobre las deficiencias de las campañas de sexo seguro dirigidas a las mujeres, las alternativas o artimañas que se inventan al respecto y las limitaciones del trabajo feminista nos habla de las labores de investigaciones de Conasida sobre el tema.

En la prevención, aprovechar las armas de la mujer

ENTREVISTA CON LA DRA. PATRICIA URIBE

ALEJANDRO BRITO Y
ARTURO DIAZ BETANCOURT
En cuestiones relacionadas con VIH y sida, ¿existe trabajo con mujeres? ¿Cómo se inició?

Antes de responder quisiera señalar algunos datos. Se estima que actualmente 40 por ciento de los casos de infección por VIH corresponde a mujeres, es decir, hay entre 6 y 6.5 millones de mujeres infectadas en todo el mundo, principalmente en África. A pesar de ello, la problemática de la mujer y el sida no se había abordado adecuadamente. Este "descuido" se explica por razones sociales y culturales. En México, como en el resto del mundo, se respondió a la epidemia en la medida en que se iba presentando. Los primeros y más frecuentes casos ocurrieron en varones, y por ello se enfocó la atención hacia ellos.

El primer grupo de mujeres que se abordó fue el de las prostitutas, a partir de que 1986 acudieron espontáneamente a Conasida a solicitar información. Entonces se estableció todo un proyecto porque así lo solicitaron, no porque se hubiera vuelto la mirada hacia ellas desde un inicio. Este fue el problema de los programas nacionales de sida: se respondió a una situación que ya estaba encima y afectaba principalmente a varones.

En el ámbito mundial paso lo mismo, los dos únicos grupos de mujeres que llamaron la atención fueron: la mujer prostituta y la mujer madre (por la preocupación de que lo transmita al bebé). En esos dos grandes grupos se enfocaron todos los esfuerzos mundiales; de hecho la mayor parte de la bibliografía está centrada en ellas.

Concretamente, ¿qué trabajos ha realizado Conasida sobre mujeres y VIH?

Lo primero fue sistematizar una manera de trabajar con mujeres dedicadas a la prostitución. Debido a que no se disponía de un marco conceptual sobre el fenómeno de la prostitución en nuestro país, se diseñó un proyecto de investigación que duró de 1989 a 1993, con el cual se pretendía conocer los factores relacionados con la posibilidad de infección: comportamiento sexual, aspectos socioculturales, prácticas de riesgo de las mujeres, etcétera, y a partir de eso elaborar una propuesta de intervención con el objetivo de disminuir las posibilidades de infección. Los folletos dirigidos a este sector se hicieron con su participación; ellas eligieron

el color, el lenguaje y las imágenes. También se imprimieron algunos carteles evaluados previamente por ellas.

¿Sólo se trabajó con prostitutas?

No. Se empezó a analizar la problemática de las mujeres no dedicadas a la prostitución cuando comenzaron a acudir a los centros de información. Empezamos con ofrecerles los mismos servicios que a los hombres, luego se diseñaron grupos específicos. Al principio se les incluía con varones en los grupos de apoyo psicológico, pero pronto nos dimos cuenta de que las mujeres se inhibían, no hablaban, no expresaban sus inquietudes porque, claro, en grupos compuestos por diez hombres y una sola mujer, ésta no compartía los mismos problemas relacionados con el VIH/sida a que se referían los hombres. Por eso empezamos a diseñar grupos específicos para mujeres, a analizar la información concreta de las que acudían a nuestros centros: mujeres madres, mujeres violadas, mujeres con la sospecha de que su pareja las engaña, mujeres con varias parejas sexuales y que no se protegían, etcétera.

Lo primero que se ofreció a las mujeres seropositivas fue el apoyo psicológico grupal, pero se observó una asistencia muy irregular a las sesiones, mucho más irregular que en los varones, pues es la encargada de cuidar a los hijos o a la pareja. Por tradición la mujer es la que cuida a los enfermos. La madre da prioridad a los hijos, es muy cumplida para llevarlos a la atención médica, pero a cambio descuida su propia atención. A los grupos de terapia faltaba con frecuencia porque no tenía con quién dejar a los hijos. No existe en México un servicio de guarderías o talleres donde se cuida a los niños mientras se asiste a consulta o a terapia. Además, casi todas las mujeres infectadas tienen hijos y la mayoría de ellas, 66 por ciento, ha sido abandonada por su pareja.

Era evidente, entonces, que no funcionaba ofrecerles el mismo servicio que a los hombres. La mujer lleva al hijo a un sitio y se atiende en otro. Esto es así en todo nuestro sistema de salud. Ante esta problemática, se formó un equipo de personas interesadas en saber que está pasando con mujeres y sida. Con el apoyo de la Universidad de Harvard se hizo una revisión bibliográfica y observamos un gran vacío en la información generada sobre la situación de las mujeres no prostitutas y no embarazadas.

En México hay muy pocos investigado-

res o investigadoras trabajando específicamente sobre mujer y sida.

En Conasida se realizaron varias investigaciones. Una de estas es sobre cómo percibe la mujer el riesgo de VIH/sida, trabajo dirigido por el doctor Mario Bronfman y por Rosa María Martina. Esta investigación se terminó en 1992-1993 y nos permitió establecer que el principal problema de la mujer es que no percibe el riesgo. La idea de que la fidelidad las protege o de que el sida sólo le da a las "sucias", a las "perversas" o a las prostitutas, es difícil de cambiar porque está muy arraigada en sus valores; no escuchan el resto de la información por más que los mensajes al respecto sean claros y atractivos porque piensan: "eso a mí no me toca". El problema es hacerles llegar el mensaje: "tú también estás en riesgo, no importa que seas fiel".

Por otro lado, estamos elaborando un proyecto de atención y prestación de servicios a mujeres embarazadas infectadas, en el que planteamos que a toda mujer infectada que decide continuar con su embarazo se le ofrezca el mejor tratamiento posible, así como probar un modelo de atención madre-hijo en el mismo sitio, porque es muy complicado y aumenta costos y tiempo el hecho de que la madre tenga que llevar a su hijo a un lugar y acudir ella a otro para su propia atención; eso retrasa mucho el diagnóstico y, la terapia. Si uno quiere encontrar a las mujeres infectadas, no las va a lograr en los centros de Conasida ni en los lugares donde se atiende la mujer; las va a encontrar en las escuelas y en los hospitales pediátricos. Y eso habla mucho de cómo la mujer relega su propia atención. La mujer no se quiere a sí misma en muchos aspectos, es una cuestión muy difícil de romper.

¿Qué otros proyectos tiene el Conasida para el trabajo con mujeres?

Seguimos trabajando con mujeres dedicadas a la prostitución. Actualmente tenemos, por ejemplo, un proyecto en Chiapas sobre ese aspecto. Seguimos trabajando en proyectos sobre el condón femenino, para demostrar si éste es una alternativa viable para mujeres dedicadas a la prostitución y no dedicadas a la prostitución.

Al respecto, la mayor parte de las ONG, Conasida y otras instituciones gubernamentales han tratado de enseñar a la mujer cómo usar adecuadamente el condón masculino, de convencer al cliente o a la pareja de cómo usarlo, pero hemos visto que esto no es una



Candy Sherman



opción viable para ellas. La mujer conoce muy bien las prácticas de sexo seguro, pero el problema es ¿cómo llega a casa y le exige a su pareja que use el condón, si ni siquiera tiene la posibilidad de decir "quiero tener relaciones sexuales"? La mayoría de las mujeres dicen: "soy usada"; se desearía que la mujer cambiara su rol social y que pudiera hablar de tú a tú con su pareja, pero eso sería resultado de un proceso social más lento que no se va a dar de la noche a la mañana.

¿Se debe entonces trabajar también con hombres?

Si. No podemos insistir en dirigir las intervenciones preventivas exclusivamente a la mujer cuando ésta no tiene el poder de decisión. Insistir en dar talleres de sexo seguro o de cómo exigir a la pareja el uso del condón no ha funcionado, nos lo han dicho las mujeres, se arriesgan a ser golpeadas, porque se piensa que la mujer debe ser ignorante e inocente; por lo regular, la pareja no lo acepta, considera como una cualquiera a la mujer que traiga un condón en la bolsa. Y no me refiero sólo a mujeres de baja escolaridad, conozco a funcionarias, compañeras de trabajo, profesionistas, que no se atreven a proponer el uso del condón porque se ve mal,



Candy Sherman

artimañas para convencer al cliente de que use el condón, hay que fomentar esas artimañas, que una feminista podría decir no son las más adecuadas porque rebajan a la mujer.

Las mujeres tienen que buscar su propios caminos. En los talleres tratamos de llegar a una alternativa viable en este momento, que no es el sexo seguro, porque no pueden negociarlo. Hay que enseñarlas a negociar. Eso si lo pueden hacer y hay que enseñarles cómo; no podemos exigir el uso del condón (como se mencionaba en algunos carteles de Conasida) porque la mayoría de las mujeres no lo puede hacer, es mejor enseñarles cómo negociarlo. Sirva como ejemplo el caso de una señora que me contó lo siguiente: "sabe qué, doctora, yo le dije mentiras a mi marido, le dije que fui al médico y que tengo un problema muy serio y ya no puedo usar el dispositivo intrauterino, porque sospecho que él me engaña". Eso ahorita funciona para ella, hay que promoverlo y tratar de que en los encuentros grupales, donde a veces se desbordan, surjan alternativas de las propias mujeres.

Habría que insistir en que participen más activamente.

Es muy importante que la mujer perciba el riesgo, que acuda oportunamente al médico y se atienda adecuadamente, porque casi siempre llegan cuando es demasiado tarde, y esto lo podemos ver en todas las patologías. El cáncer cérvico uterino, por ejemplo, se puede detectar y prevenir fácilmente, basta con hacerse el Papanicolaou una vez al año, pero la mujer va cuando ya no se puede hacer nada, y el resultado es que éste es el cáncer femenino más extendido en nuestro país. Tenemos que enseñarles a estimarse, decirles que también son seres humanos y son importantes, y que si no se cuidan no van a poder cuidar a sus hijos ni van a poder cuidar a los demás.

Todo se tiene que conjuntar para lograr, espero que no en mucho tiempo, otra situación para las mujeres. Por otro lado, también hay muchas mujeres que favorecen el rol en donde el hombre es el que decide, porque puede ser muy cómodo depender del varón: que él haga todo, que él decida, no suena mal, pero el poder de decisión es un derecho y responsabilidad que tarde o temprano las mujeres debemos asumir.

¿Por qué no existen todavía modelos de atención a mujeres con VIH, que puedan ser reproducidos por ONG, o adoptados en las instituciones de salud?

Porque no se tenía la información. En la guía de atención médica de Conasida no se tocan los aspectos específicos de las mujeres, y esto es una crítica interna. La atención está muy orientada hacia al varón, es una crítica que hicimos las mujeres de Conasida (que no somos pocas), pero últimamente las cosas han cambiado: se modificó la definición de caso de sida y se incluyeron algunas patologías de la mujer, ya que era difícil que la mujer cumpliera con los criterios de la clasificación anterior, porque no presenta las patologías que usualmente se ven en el varón. Hay toda una problemática muy particular de la mujer, pero no existe una guía de cómo se deben manejar, y eso es una deficiencia. Afortunadamente, ya hay múltiples estudios que está generando información sobre esta materia.

Recientemente se publicó la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control del virus de la inmunodeficiencia humana

La Norma Oficial Mexicana es muy general al respecto, no hay especificaciones de género, y no incluye una parte sobre la mujer. Nuestra propuesta es elaborar

una guía que podamos enviar a las instituciones, donde se incluya tanto la parte de hombres como de mujeres.

En Conasida estamos haciendo una revisión para determinar qué medicamentos y tratamientos están funcionando en el mundo para controlar las patologías femeninas derivadas del sida. Por ejemplo, determinar el medicamento más adecuado para la candidiasis vaginal recurrente que se presenta frecuentemente en las mujeres con VIH/sida.

¿Hay coordinación de esfuerzos entre las instituciones para lograr esto?

Debemos retomar la experiencia internacional, porque son pocos los casos femeninos en México y muchas mujeres no acuden a instituciones o no se atienden a tiempo. Por eso estamos proponiendo un estudio multicéntrico en México, aunque no se tiene la cultura de realizar esos estudios, como se hacen en Estados Unidos, donde varios hospitales juntan sus casos, comparten información, y logran una muestra suficiente para sacar conclusiones. Si yo manejo dos pacientes femeninos en el Hospital de la Mujer y dos en el Instituto Nacional de la Nutrición, no se puede obtener de esos pocos casos ninguna conclusión. Se tienen que realizar estudios multicéntricos donde se comparta la información y se llegue a una conclusión que dé luz a algo. Mientras no hagamos eso, ningún hospital puede sacar conclusiones en relación a cómo manejar a una mujer con VIH porque son pocas todavía, van tarde o no van.

Afortunadamente, hay instituciones que ya lo están haciendo, es el caso de los institutos de Neurología, de Cancerología y de Nutrición, que se unieron y formaron una red de información de VIH/sida de todos los pacientes, ellos comparten información y la están vaciando en una red de datos común. Queremos que se haga algo similar, pero en instituciones donde puede acudir la mujer. Tenemos que pensar en las ventajas de los estudios multicéntricos y compartir la información, porque no sirve de nada atesorar la información, debemos compartirla como investigadores y llegar a acuerdos sobre su utilidad, publicación y difusión.

¿Crees que habrá que hacer alguna normatividad especial o algunos cambios legislativos que puedan apoyar tanto la prevención como la atención de mujeres con VIH/sida?

No creo. Debe de existir un marco jurídico general que asegure los mismos derechos y obligaciones a hombres y mujeres y creo que ya existe, pero en las prácticas esto no se da.

Existen ciertas normas sociales que favorecen un trato desigual a la mujer y esto debe cambiar. Se tiene que trabajar con intervenciones, mensajes inteligentes y con todo un proceso de reeducación.

En materia de reforma legislativa en Conasida se está analizando toda la situación jurídica. Lo primero que se tiene que ver es si hay alguna ley que ponga en desventaja a la mujer para que pueda llevar a cabo su atención y prevención. Por medio de este análisis nos daremos cuenta si hay contradicciones jurídicas, sería el caos que existiera un artículo en la Ley General de Salud que se contraponga con la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH/sida. Será un análisis muy concienzudo de todo el marco jurídico para detectar los posibles obstáculos y entonces proponer modificaciones a las instancias que correspondan ●



Jan Saudek

Algo más que madres y prostitutas

KATHRYN CAROVANO
En la primavera de 1989, cuando trabajaba en Lima, un grupo de feministas organizó un encuentro para que hablara con ellas acerca del sida y las mujeres. Hablamos mucho del riesgo que corrían las mujeres y de lo que podían hacer al respecto; llegamos a una discusión sobre las opciones: condón o sexo sin penetración. Frescia, una educadora sexual, me relató entonces esta historia:

"Al finalizar un programa de fomento para la salud con un grupo de mujeres, les pedimos que llenaran una hoja de evaluación. Una participante que se había destacado durante el entrenamiento se tardó mucho en llenar el cuestionario, por lo que le pregunté si tenía alguna dificultad. Me contestó que le costaba trabajo leerlo, y entonces le pregunté si necesitaba anteojos. Dijo que sí, que hacía diez años le habían checado la vista y el doctor le recomendó usar lentes. Compró un par pero los perdió pocos meses después. Y explicó por qué no se había comprado otros: Mi esposo me dijo que yo era tan estúpida que jamás me compraría él otros anteojos. Imagínense pues a esta mujer pidiéndole a su marido que use un condón o considere tener sexo sin penetración.

Por todo el mundo, las mujeres corren riesgos cada vez mayores de contraer el sida. Una explicación de este riesgo es la falta de control de las mujeres sobre sus cuerpos y sus vidas. Como lo señaló Herbert Daniel, un escritor y activista de Brasil que vive con sida, "como cualquier otra epidemia, el sida se desarrolla en las grietas y fisuras de la desigualdad social. No podemos combatir la enfermedad si tratamos de disimular las contradicciones y conflictos que pone al descubierto."

A medida que progresa la epidemia del sida, nos vemos obligados a hacer frente a una de las desigualdades más flagrantes de la sociedad: la desigualdad de los sexos. La relativa falta de control de las mujeres sobre los hombres, particularmente en el contexto de las relaciones sexuales, hace que ellas corran un riesgo creciente de contraer el sida. El riesgo más grande lo corren las mujeres con menor control sobre los hombres, por lo general mujeres de color. Para desarrollar programas eficaces de prevención del sida debemos afrontar los desafíos que esta "ruptura" plantea y desarrollar programas para que las mujeres ejerzan control sobre su sexualidad y sobre sus vidas. Un primer paso para el desarrollo de estos programas es reconocer que las mujeres corren un riesgo capital por ser sexualmente activas y porque

esa sexualidad rebasa los campos limitados del sexo para la procreación o para el dinero. Existe, para algunas, el sexo por placer. Y para muchas mujeres, el sexo es simplemente parte de la sobrevivencia.

En todo el mundo se han definido por largo tiempo las identidades sexuales de las mujeres en base a su capacidad reproductora y, en grado menor, a su participación en el sexo comercial. La maternidad legitima la sexualidad de una mujer -y muy a menudo su propia vida-, en tanto que la prostitución le proporciona medios de sobrevivencia, aunque cargados de un fuerte estigma. En muchas sociedades se les ha identificado como madres o prostitutas, "chicas buenas" o "malas". Al analizar los esfuerzos actuales para prevenir el sida en las mujeres, encontramos que esta dicotomía prevalece y es utilizada como marco de referencia para identificar los riesgos que afrontan y plantean las mujeres. Muchas sociedades consideran "mala" a la mujer sensual, y por principio se piensa que sólo las "chicas malas" corren el riesgo de contraer sida. Por el contrario, a las "chicas buenas" se les ve como asexuales o como si su sexualidad estuviera relegada al terreno socialmente reconocido del sexo para la procreación, supuestamente ajeno a la transmisión del VIH. "Madre" y "prostituta" son definiciones para la mujer que se basan en sus relaciones con los demás. "Lo que muy a menudo nos define como mujeres es quién se apoya en nosotras. Ser necesarias, he ahí lo que nos da nombre". En el contexto del sida, estas definiciones reflejan las necesidades de hombres y niños, y por la relación que ellos pueden tener con la infectada por VIH, la mujer se vuelve una preocupación o una amenaza. El señalamiento de estas identidades particulares, "madre" o "prostituta", entre las muchas que definen a las mujeres, nos conduce fácilmente a la hipótesis de que los esfuerzos por prevenir el sida en las mujeres son el resultado no de una preocupación por ellas, sino primordialmente de un interés por proteger la salud de los hombres y los niños.

El impacto de esta lógica se refleja en el hecho de que hasta la fecha la mayoría de programas para la prevención del sida en las mujeres ha sido exclusivamente diseñado para las trabajadoras de la industria del sexo. A las prostitutas se les identifica como uno de los "depósitos" principales para el VIH, es decir, como un "grupo de riesgo" que amenaza a la "población en general". Ante el número creciente de niños con riesgo de contraer sida por el aumento en los índices de infección entre las mujeres, se diseñan también nuevos programas cuyo objetivo son las mujeres embar-



Jan Saudek

zadas. Por desgracia, a las mujeres que no entran en ninguna de esas limitadas categorías (es decir, a la mayoría de nosotras), las ignoran los diseñadores de programas y los organismos encargados de la prevención del sida. ¿Cómo sorprenderse entonces que el número de casos de sida en mujeres siga aumentando en índices tan alarmantes?

La epidemiología del sida en las mujeres

El bajo reporte de casos de sida es un problema reconocido en todo el mundo en vías de desarrollo es un problema reconocido en todo el mundo; en el caso de las mujeres, ese problema se da en todas partes. Las dificultades en el reporte de casos entre mujeres surgen por factores tan diversos como la falta de acceso a los servicios de salud, la exclusión de las "enfermedades femeninas" en los criterios para diagnosticar sida, y una actitud tenaz entre muchos doctores: "a las niñas buenas no les da sida". A pesar de estos problemas, las cifras todavía arrojan en todo el mundo un número cada vez mayor de mujeres a quienes se les diagnostica sida; la mayoría de ellas son mujeres de color y pobres, y viven en ciudades como Newark, Bangkok, Nairobi o Río de Janeiro.

En Estados Unidos, la proporción del total de los casos de sida en mujeres pasó de un 7 por ciento de casos reportados antes de 1985 a un 11 por ciento de los casos reportados durante la primera mitad de 1989. En Frankfurt, Alemania, el porcentaje de mujeres con VIH pasó de un 4 por ciento en 1984 a un 25 por ciento en 1988. En la mayor parte de África sud-saharai, las mujeres representan 50 por ciento o más de los casos de sida, y se

sabe de porcentajes similares en algunas partes del Caribe anglofónico. Algunos estudios realizados entre mujeres embarazadas revelan índices de seropositividad del 0.5 por ciento en Puerto Príncipe, Haití, y de 24 por ciento en Kampala, Uganda. En Asia y América Latina, las mujeres representan un porcentaje pequeño, aunque en aumento constante, de los casos reportados. El incremento de casos de sida infantil revela el efecto de repercusión de la infección por sida en las mujeres. En opinión de James Grant, director general de la UNICEF, más del 90 por ciento de los casos de sida infantil son producto de la transmisión perinatal. En algunas metrópolis africanas, el sida es responsable de un tercio de todos los decesos infantiles, y en algunas partes de Nueva York uno de cada cien bebés nace con la infección por VIH. La UNICEF ha señalado que el índice promedio de mortandad infantil en 10 países de África Central y Oriental pasará del índice actual de 164 muertes entre mil al de 185 para el año 2000; antes de la aparición del VIH, el pronóstico para los noventa señalaba un porcentaje menor, 130 entre mil. Un estudio realizado en 1989 en el distrito de Rakai, Uganda -la región más duramente afectada por el sida- reveló que 23,351 niños habían perdido uno o sus dos padres, la mayoría debido al sida.

Estas estadísticas alarmantes señalan la necesidad de desarrollar programas de prevención del sida que proporcionen información y reconocimiento a todas las mujeres sexualmente activas.

Mujeres de todas las edades corren un riesgo considerable de contraer sida por contacto sexual con una persona infectada. La mayoría carece actualmente de la información necesaria, de las herramientas, y del poder sobre sus propios cuerpos y vidas que les permita reducir el riesgo. (...) Las mujeres son algo más que madres y prostitutas, y la cuestión clave es la del derecho de las mujeres a ser sexuales, a separar la sexualidad de la procreación y a ejercer el control de su propia decisión sexual. Para esas mujeres que no buscan engendrar, los condones y el sexo sin penetración son alternativas posibles. Sin embargo, al hablar de cualquier opción, particularmente la de los condones, surge con claridad el problema general de la falta de poder y control de las mujeres sobre sus propias decisiones. A una mujer que intenta utilizar un condón en una relación se le siente totalmente "preparada" para el sexo, recelosa de la fidelidad de su compañero, o de la propia, o incluso infectada. Para las mujeres en la industria del sexo, un condón puede significar aceptar una paga menor o ver reducida la distinción entre

trabajo y amor. Para todas las mujeres, los condones y el sexo sin penetración requieren -contrariamente a otras tecnologías de contracepción hoy disponibles- de la cooperación del hombre, lo que implícitamente significa control masculino. Las mujeres tienden a escoger métodos contraceptivos que no "inconviene" a sus compañeros o que no se noten. La conclusión del World Fertility Survey sobre los actuales usuarios de contraceptivos muestra que el nivel de uso de la píldora es de 31 por ciento en países en vías de desarrollo, un porcentaje que supera de lejos al de cualquier otro método, incluido el condón, el cual, según reportes, sólo es utilizado por el 7 por ciento de la población. Respecto a la planeación familiar, sabemos que aunque muchos hombres apoyan la reducción del tamaño de las familias, pocos son los que asumen la responsabilidad principal en la prevención del embarazo.

Se necesita urgentemente una tecnología preventiva alternativa controlada por mujeres, pero sobre todo, en este momento, son indispensables los programas educativos de prevención para que las mujeres sexualmente activas tomen conciencia del riesgo que corren de contraer sida. En Estados Unidos algunos estudios señalan que aunque las mujeres están relativamente bien informadas acerca del sida y defienden el uso del condón como una forma importante de prevenir la diseminación del VIH, no lo utilizan, y esto en gran parte porque no creen estar ellas mismas expuestas al riesgo. Esta inconsciencia del riesgo, que no es exclusiva de las norteamericanas, refleja mucho la falsa idea de que las mujeres no corren peligro -una noción que debe combatirse para poder desarrollar programas eficaces.

Los esfuerzos para prevenir la diseminación del sida en las mujeres deben concentrarse entonces en la "recuperación que hagan las mujeres de sus propios cuerpos", lo que requerirá de una reforma social y de un apoyo tecnológico. Es urgente reconocer los riesgos que enfrentan y proporcionarles información preventiva pertinente, pero esto no bastará para que muchas mujeres, tanto en países industrializados como en otros en vías de desarrollo, se protejan por sí mismas del VIH. Es también capital apoyar los esfuerzos para desarrollar una tecnología preventiva, controlada por ellas, que brinde opciones reales de acuerdo a situaciones concretas en la vida de muchas mujeres.

Para ser eficaces, los programas de prevención para mujeres deben tomar en cuenta las barreras sociales y económicas que generan la impotencia que viven muchas de las afectadas por el sida tanto en los países avanzados como en los que están en vías de desarrollo.

Es tiempo de pasar de la visión simplista de las mujeres como madres o prostitutas a un reconocimiento de la diversidad de los roles sexuales de las mujeres y de los riesgos que éstas corren por razones a menudo muy ajenas a su control individual. El planteamiento del "grupo de riesgo" tiende a negar los factores múltiples que colocan a la mujer ante el riesgo de contraer el sida y a ignorar la complejidad de un cambio en la vida de muchas de ellas. Para asegurar esta comprensión, las mujeres deberán participar en cada etapa de la estrategia y desarrollo de los programas. Sólo entonces se podrá comenzar a entender y a satisfacer sus necesidades en formas que les permitan protegerse eficazmente del sida. ●

Traducción: Carlos Bonfil. Reproducción parcial del texto publicado en *International Journal of Health Services*, Vol. 21, noviembre de 1991.

LEGISLACION

La publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, en el *Diario Oficial de la Federación*, el pasado 17 de enero, es sin lugar a dudas un esfuerzo por equiparar los marcos jurídico-normativos y los servicios de salud en sida ofrecidos en México, con los vigentes a nivel internacional. Necesariamente esta equidad tendrá que reflejarse en el bienestar de los ciudadanos mexicanos, aunque sabemos de

antemano que las leyes y normas deben promoverse y, en muchos casos, forzar su cumplimiento. Por esta razón, **LETRA S** ofrecerá partes del texto íntegro de la NOM y algunas reflexiones que apoyen su promoción y su buen uso. No está por demás recordar que publicaremos y remitiremos las denuncias escritas que por incumplimiento de esta Norma nos hagan llegar. En esta primera entrega encontrarán los objetivos de la NOM y un comentario sobre los tres aspectos principales de la misma.

Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana

México está viviendo un proceso de modernización en todos los órdenes, con el propósito explícito de insertarse en una economía global a partir de una opción clara de competencia entre iguales, en cuanto a la calidad de los productos y servicios que pone a la disposición de los mexicanos y de la comunidad internacional.

Como parte de este proceso se identifica la necesidad de adecuar los marcos normativos que regulan el quehacer nacional, a fin de que respondan a las exigencias de la competencia entre países. Para lograrlo, el 1 de julio de 1992 se actualizó la Ley General de Metrología y Normalización, que señala, entre otras, las bases para la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas que sustituyen a partir del 16 de octubre de 1993 a las normas técnicas que hasta entonces indicaban las características que debieran reunir los servicios y productos que se elaboran y consumen en el país.

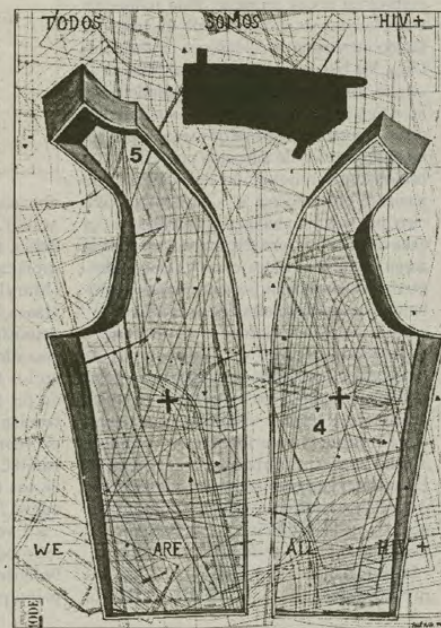
Las actividades de salud, y dentro de ellas los servicios del Conasida, constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos.

Esta Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana aglutina los puntos de vista, propuestas y resultados de investigadores que diversos organismos gubernamentales, no gubernamentales y privados han realizado en los diversos ámbitos que ha generado la epidemia.

Básicamente, la presente Norma enumera las definiciones y especificación de términos, disposiciones generales, medidas de prevención, medidas de control; asimismo, describe una bibliografía básica y la concordancia que tiene con otras normas a nivel internacional.

Comentarios

A finales de 1992 el Conasida inició un proceso de investigación y consulta sobre la nueva NOM en sida, integrando en este proceso a las dependencias y direcciones del Sistema Nacional de Salud; las secretarías de Educación Pública, Gobernación, Marina, Desarrollo Social, y de la Defensa Nacional, el Departamento del Distrito Federal, PEMEX, y a más de una veintena de Organizaciones No Gubernamentales relacionadas con los temas de salud, sida, adolescentes, mujeres, sexualidad, planificación familiar y educación, entre otros. Después de



integrados en los ocho capítulos que conforman la NOM.

Estos tres aspectos de regulación son el resultado de las experiencias desafortunadas que por ignorancia o negligencia se dan en las instituciones de salud pública, privada y social; o de aquellas otras dependencias o instituciones privadas y sociales, como de algunos registros civiles, que confunden sus funciones al exigir pruebas obligatorias del sida a quienes desean contraer nupcias, sin reparar en el atropello de derechos ciudadanos. Los usuarios de un servicio, enfermos o pacientes, son ciudadanos mexicanos con derechos y obligaciones, las leyes del país los amparan. Es responsabilidad del servidor público cumplir y del ciudadano, esgrimir.

Si bien la NOM no es la panacea en materia legislativa y sólo cubre el ámbito de la salud, es un buen inicio. Debemos hacer que se cumpla y avanzar en la modificación de otras leyes generales de la nación que nos permitan garantizar los derechos de los ciudadanos que viven con VIH/sida.

Así podemos indicar algunos puntos de la norma relativos al USO y ABUSO de las pruebas de detección de anticuerpos al VIH.

¿Sabías que no te pueden obligar en el Registro Civil a hacerte la prueba de anticuerpos al VIH para poderte casar? ¿Que el vivir con VIH no puede ser motivo para que te despidan de tu trabajo, o negarte empleo, o para impedirtelo acudir a tu escuela, o desalojarte de tu vivienda, o para recibir atención médica?

NOM 6. Medidas de Control

6.3.- Toda detección del VIH/sida se registrará por los siguientes criterios:

6.3.1.- Será considerada como cualquier otro recurso auxiliar para el diagnóstico;
6.3.2.- No será utilizada para fines ajenos a los de protección de la salud sin menoscabo de la orden judicial la cual deberá acatarse en todo momento;

6.3.3.- No se solicitará como requisito para el ingreso a actividades, el acceso a bienes y servicios, contraer matrimonio, obtener empleo, formar parte de instituciones educativas, o para recibir atención médica;

6.3.4.- No deberá ser considerada causal para la rescisión de un contrato laboral, la expulsión de una escuela, la evacuación de una vivienda, la salida del país o ingreso al mismo, tanto de nacionales como de extranjeros. En el caso de estos últimos, no será causal para negar residencia ni podrá ser utilizada para la deportación. ●

Nuevas armas contra el VIH

Los dos estudios publicados el 12 de enero por la revista **Nature** deberán transformar radicalmente la comprensión del sida en el mundo científico y médico. Estos estudios muestran, esquemáticamente, que la infección por VIH-1 no es una infección latente durante la cual el virus escapa al control del sistema inmunológico. Por el contrario, incluso en personas que no presentan síntomas de sida, la infección por VIH es un proceso dinámico durante el cual se producen diariamente billones de partículas virales, mismas que destruyen instantáneamente un sistema inmunológico que es muy activo incluso en el caso de los pacientes más afectados. Este simple hecho va en contra de muchas nociones aceptadas acerca del sida y alimenta la esperanza de futuros tratamientos eficaces.

Este descubrimiento es el resultado de experimentaciones y pruebas clínicas a partir de una nueva generación de medicamentos activos. Uno de ellos, la nevirapina o NVP, bloquea a la transcriptasa reversa, enzima que utiliza el virus para reproducir su propia información genética en la célula que ha infectado. Otras dos substancias, a las que se designa con los códigos ABT-538 y L-735.524 desactivan a las enzimas que utilizan el virus para sintetizar su recubrimiento proteínico.

Las células infectadas se vuelven el blanco de los "asesinos profesionales" con que cuenta el sistema inmunológico, los linfocitos T (asesinos) citotóxicos (LTc), que las identifican y destruyen con su carga viral. En uno de los artículos, el equipo del doctor George M. Shaw, del departamento de hematología y oncología de la Universidad de Birmingham (Alabama), valora la actividad de los tres medicamentos. En un artículo paralelo, pero independiente, el equipo del doctor David D. Ho, del Centro de

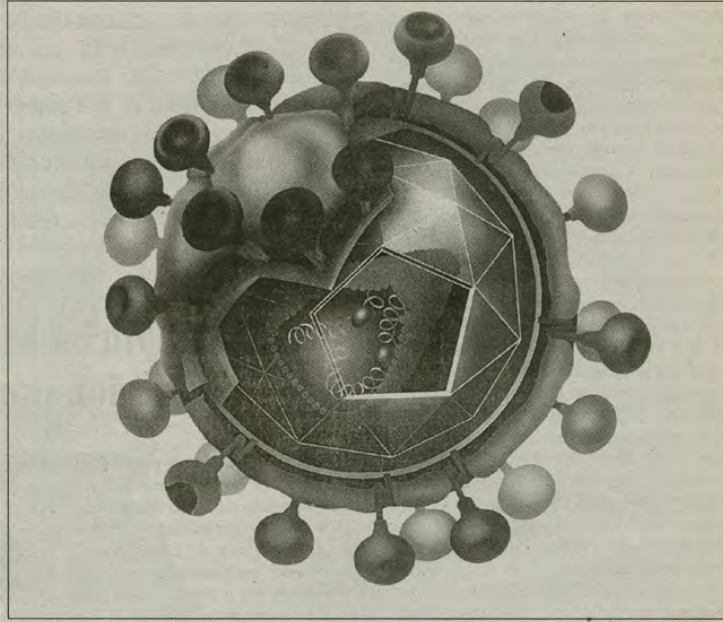
Investigación sobre sida Aaron Diamond (Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York), analiza sólo uno de los tres, el ABT-538. Pero es tal la convergencia de estos estudios independientes que sus conclusiones se vuelven sólo una.

La renovación del virus

Estos medicamentos tienen una actividad anti-VIH mucho más específica que todos los utilizados anteriormente. Son tan potentes que en sólo dos días reducen a la mitad el número de virus en circulación y de células infectadas en un paciente. Por desgracia, los virus que resisten al medicamento recuperan el control en pocas semanas. Esta reducción espectacular se acompaña de un nuevo y rápido incremento en el número de linfocitos CD4, los blancos principales del VIH en la sangre. El mensaje que se desprende de la investigación es claro, pero a la vez sorprendente y notable: significa que sólo es posible un largo periodo de infección por VIH-1 con la constante renovación del virus. Cada paciente afectado por el sida fabrica entre cien millones y un billón de partículas virales cada día, es decir, una tercera parte de toda la carga viral. Casi todos estos virus son destruidos de inmediato por anticuerpos y glóbulos blancos especiales: los macrófagos.

Un "ejército" de linfocitos Tc destruye a las células cargadas de generaciones de virus todavía en gestación. La eficacia del sistema inmunológico se mide por el hecho de que nada permite vislumbrar la existencia de este combate incesante y titánico, mucho menos su ferocidad e importancia. Esta calma aparente ha hecho que médicos e investigadores equivoquen el paso, pues no hay en la evolución de la enfermedad nada que deje ver los fenómenos en juego.

Finalmente, se vio que desde el inicio los investigadores se equivocaban sobre la



Wellcome Foundation/OPS

ubicación del nivel en el que era preciso actuar. El equipo del doctor Anthony Fauci, de los Institutos nacionales norteamericanos para la salud de Bethesda (Maryland), y el del doctor Ashley T. Haase, de la Universidad de Minnesota, demostraron que la infección por VIH-1 se encontraba de hecho en desarrollo activo en los llamados tejidos linfáticos, incluso en las fases clínicamente silenciosas que revelan los exámenes sanguíneos clásicos no representan el verdadero rostro de la batalla, sino sólo una fracción minúscula de los fuyitivos de la carnicería inmensa que se libra en los ganglios linfáticos.

No sorprende en realidad -al menos retrospectivamente- descubrir que el tejido linfático y no la sangre lo que constituye el principal campo de batalla del VIH-1.

Ahora que comprendemos mejor la realidad fisiopatológica, ¿cuáles son las perspectivas del tratamiento? El problema central, como lo muestran las nuevas investigaciones, es la rápida mutación del VIH-1 -algunos días o semanas- en capas que resisten a los nuevos medicamentos. Por ello, la solución consiste en utilizar un cocktail de medicamentos diferentes y comenzar a administrarlos lo más rápidamente posible en la evolución de la enfermedad, antes de que el virus se instale en el tejido linfático ●

Henry Gee es miembro del equipo editorial de **Nature**. Tomado de **Le Monde** 13 de enero de 1995 Traducción: Carlos Bonfil

Binomio cáncer-sida, necesidad de un protocolo

Cada día más mujeres se ven afectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el mundo. En México, las mujeres se vieron inicialmente infectadas por transfusiones contaminadas, patrón que se ha visto claramente modificado en los anteriores tres años, y actualmente la infección por VIH en las mujeres es a través del contacto sexual.

Los orígenes de los diferentes cánceres son muy diversos y no totalmente comprendidos, sin embargo, en los últimos años ha quedado claramente establecido el papel primordial que el sistema de defensa o sistema inmune juega en la prevención y control de varios tumores. Igualmente se reconoce el papel que desempeñan algunos virus que infectan al ser humano y que son capaces de producir con el tiempo tumores malignos, el ejemplo más claro es el virus de la hepatitis B y el cáncer del hígado.

El virus del papiloma humano (VPH) ha sido claramente relacionado con el desarrollo del cáncer cérvico-uterino (cáncer del cuello de la matriz) en las mujeres. La



Herb Rims

infección por el VPH se adquiere por vía sexual y hoy día se considera una enfermedad de transmisión sexual.

¿Cómo produce cáncer el VPH? Esta pregunta no ha sido totalmente resuelta, se sabe que hay ciertos serotipos que se aso-

cian al desarrollo del cáncer cérvico-uterino y que el sistema inmune juega un papel muy importante en su control. Pacientes con alteraciones del sistema inmune producidas por medicamentos, como es el caso de las mujeres con trasplantes de órganos, tienen una mayor incidencia de cáncer cérvico-uterino asociado a VPH y la enfermedad tiene un curso más agresivo.

En el sida, enfermedad que provoca una alteración profunda e irreversible del sistema inmune, ya se ha reconocido esta asociación y desde 1993 el Centro para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos incorporó el cáncer cérvico-uterino como criterio definitorio de esta enfermedad en mujeres infectadas con el VIH.

El cáncer que mata más mujeres en nuestro país es el cérvico-uterino. Estudios en México lo han relacionado también con ciertos serotipos del VPH. Si recordamos que actualmente la forma más frecuente de transmisión del VIH en mujeres es la sexual, es esperable que un número cada vez mayor de mujeres con sida se vean afectadas por el cáncer cérvico-uterino, el cual es curable si se

detecta a tiempo y se trata adecuadamente. De ahí la importancia de establecer un protocolo de investigación que nos permita sistematizar el estudio de las mujeres infectadas por VIH y tratarlas adecuadamente, y por otra parte estudiar la interacción de estos dos virus en el desarrollo de cáncer cérvico-uterino.

En el Instituto Nacional de Cancerología, en colaboración con la Universidad del Sur de California, se ha iniciado un protocolo de estudio de mujeres infectadas con VIH. El estudio inicial consiste en una citología vaginal (Papanicolau), donde es posible detectar la presencia del VPH. Si este estudio resulta positivo, es necesario realizar una biopsia. Dependiendo de los resultados será el tratamiento propuesto.

El diagnóstico precoz es fundamental, lesiones tempranas son curables, no así tumores avanzados. El binomio cáncer-sida es doblemente doloroso y difícil de tratar, ya que son pacientes en los que la toxicidad relacionada al tratamiento del cáncer *per se* es aún mayor, y que aunada a la toxicidad de los medicamentos utilizados para el tratamiento del sida hacen particularmente difícil el manejo que el médico pueda establecer ●

Jefa del departamento de infectología del Instituto Nacional de Cancerología.

CALIDAD DE VIDA

LDR. MANUEL PALACIOS MARTINEZ a obtención de la calidad de vida en las mujeres tiene que seguir estrategias específicas, ya que además de compartir los problemas de salud que presentan los hombres que viven con VIH, tiene problemas particulares que deben tratarse de forma especial.

Debido principalmente a que se ha considerado a la epidemia del VIH/sida como un problema de hombres, se observan serios problemas para el diagnóstico oportuno, la atención adecuada y para la investigación de esta condición en las mujeres.

En primer lugar los problemas del diagnóstico, se presume que en muchas mujeres este se realiza en forma tardía, incluso un buen número fallecen sin haberse realizado el diagnóstico de infección por VIH o sida. Cabe mencionar que esto se ha atribuido a dificultades en el acceso a los servicios de salud y a la falta de valoración de las manifestaciones clínicas de los problemas de salud (principalmente ginecológicos, ya sean infecciosos o precancerosos) que con frecuencia presentan.

En lo referente a los problemas de atención, se sabe que los signos tempranos de infección por VIH son alteraciones del tracto genito-urinario las cuales son tratadas como problemas ajenos al VIH.

Es frecuente que el personal de salud no tenga claro que la infección por VIH en las mujeres se manifiesta de una manera muy variada que incluye: infecciones vaginales crónicas, infección pélvica crónica, dolor pélvico crónico, irregularidades y trastornos menstruales, anomalías en el examen Papanicolau, cáncer del cuello uterino, la vulva o la vagina, trastornos sanguíneos como anemia o disminución en las plaquetas, y enfermedades de transmisión



George Platt Lynes

Recomendaciones para mujeres con VIH

sexual como sífilis, gonorrea, úlceras genitales, herpes y clamidiasis, que además se presentan con mayores y más graves complicaciones que en los hombres.

Por último está el aspecto referente a la participación de las mujeres en investigaciones sobre VIH/sida; se sabe que es mínima la participación de ellas en estudios para evaluar antivirales o medicamentos preventivos de infecciones oportunistas y esto, tal vez se deba en buena medida a que en la mayoría se requiere de sujetos asintomáticos y si como dijimos arriba el

diagnóstico se realiza de forma tardía, cuando existe desarrollo de sintomatología, esto les deja fuera de la oportunidad.

Comentario aparte se requiere para el embarazo en las mujeres con VIH, pues es ya reconocido que el embarazo es una condición que acelera la progresión de la infección asintomática a sida y cuando ya hay síntomas disminuye la sobrevida; incluso el embarazo de una mujer con VIH es un embarazo que pasa por muchos problemas para llegar a término. Una de las ventajas del diagnóstico oportuno es que se pueden

Para este número del suplemento compartimos el espacio dedicado a la calidad de vida con Guianeya Román, incansable colaboradora en la lucha contra el sida, coordinadora de medios de la Fundación Aguascalentense para la Lucha Contra el Sida, A. C., (FALCONS), quien nos hace una serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la alimentación de las personas que viven con VIH.

Una adecuada alimentación para reforzar defensas

La segunda regla es saber combinar los alimentos. Hay algunos que no se deben combinar en el mismo guiso y otros ni el mismo día. La principal razón es que muchos comestibles son de difícil digestión, y si se consumen juntos varios de estos producen una sensación de malestar general y trastornos del tipo de estreñimiento, cansancio, pereza, somnolencia y formación de gases. Los nutrientes en exceso se acumulan en el organismo, donde pueden intoxicarnos o transformarse en grasa, que también se acumula o se elimina sin utilizarse.

Los alimentos que no deben mezclarse en demasía en la misma comida son las proteínas; por ejemplo, raciones generosas de huevos con jamón, crema, queso, frijoles, leche con cereal, tortillas y café en el desayuno, es demasia-

do para lo que la mayoría de las personas pueden digerir sin dificultad. Un desayuno más equilibrado, suficiente y "digerible" sería el siguiente: un sandwich de jamón y queso o dos rebanadas de pan integral con mermelada hecha en casa (sólo pon a fuego lento un kilo de tu fruta preferida triturada, una cuchara de canela, una taza de agua y tres cucharadas de miel, hasta que se consuma el líquido y se incorporen los componentes), una ración de yoghurt con miel y algún cereal acompañados de jugo de frutas y café. Esta combinación te dará energía, fuerza y una digestión excelente.

Las frutas tampoco se deben combinar con alimentos de digestión lenta, ya que como están compuestas principalmente por agua son de digestión rápida, y si permanecen en el estómago

tomar las medidas para evitar el embarazo y preservar mejor la calidad de vida.

En cuanto a los hijos de madres con VIH se tienen buenas noticias, ya que existe evidencia de que el AZT puede prevenir la transmisión de infección por VIH de la madre al hijo.

Recomendaciones

La recomendación básica a las mujeres es el diagnóstico oportuno de la infección por VIH; ante cualquier antecedente de la mujer o su(s) pareja(s), de haberse expuesto a los mecanismos de transmisión del VIH, se debe acudir a alguno de los centros donde se realiza la detección de anticuerpos al VIH.

En el caso de mujeres que viven con VIH, además de seguir las recomendaciones generales para incrementar su calidad de vida deberá seguir las siguientes indicaciones particulares:

□ Buscar información acerca de las manifestaciones clínicas características de las mujeres.

□ Acudir periódicamente (cada tres meses) a revisión médica incluyendo una revisión ginecológica.

□ Realizarse el Papanicolau cada tres o seis meses.

□ Realizarse una batería de exámenes de laboratorio para búsqueda de infecciones de transmisión sexual como sífilis, gonorrea, clamidia, herpes o papiloma.

□ Evitar el embarazo.

□ Búsqueda de información acerca de los estudios o protocolos de investigación que se desarrollan para estudiar los posibles beneficios de participar en ellos y hacer presencia para que se impulsen estudios específicos en mujeres ●

con los alimentos de digestión lenta no se aprovechan y provocan malestares estomacales. Lo recomendable es combinar las frutas con alimentos como la avena cocida, yoghurt, té o jugos.

Para el plato fuerte ponga especial atención en los alimentos con alto contenido de proteínas, como las carnes, soya, lácteos, nueces, garbanzos, lentejas o amaranto; se deben consumir de preferencia solos y, si se acompañan, que sea de una guarnición de vegetales (calabazas, brócoli, zanahorias, pepinos) o ensaladas. Algunos alimentos con contenido proteico y que se pueden combinar hasta dos de ellos son, por ejemplo, los frijoles con arroz, elote con chícharos y lentejas con arroz, y no olvide acompañarlos con una guarnición de verduras o una fresca ensalada.

Para la cena lo mejor es un menú ligero a base de frutas frescas, vegetales cocidos, un sandwich de queso, yoghurt o dos quesadillas. Si cenamos "pesado" no descansaremos lo suficiente, podemos tener pesadillas, y a la mañana siguiente nos levantaremos cansados, de mal humor, con dolor de espalda y cuello.

En el caso de las personas con VIH a quienes se les ha indicado fraccionar en seis u ocho comidas los alimentos del día, se pueden seguir los mismos lineamientos aquí expresados variando la cantidad de alimentos. Así que adelante y ¡Buen provecho! ●

ZONA CENTRO OCCIDENTE

Aguascalientes

COESIDA
Comité Estatal para la Prevención y Control del Sida
Margil de Jesús No.1501, Fracc. Arboledas 20020, Aguascalientes, Ags.
Tel.: (49)14-6836 · 14-6514 / Fax:12-1742
Coordinación gubernamental de los sectores estatales para el control y prevención del sida. Prueba de detección de anticuerpos al VIH y asesoría pre y post prueba. Atención médica, psicológica y legal. Biblioteca. Línea de información telefónica. Servicio gratuito.

FALCONS, A. C.
Fundación Aguascalentense de Lucha Contra el Sida, A. C.
José María Chávez No.1406
Jardines de la Asunción
Aguascalientes, Ags.
Tel./Fax: (49)78-5369
Prevención y educación en VIH/sida (pláticas, conferencias, talleres de sexo seguro). Asesoría pre y post prueba de detección de anticuerpos al VIH. Atención médica, psicológica y legal a personas con VIH/sida, familiares y amigos. Intercambio de medicamentos. Grupo de autoapoyo.

Colima

COESIDA
Comité Estatal para la Prevención y Control del Sida
Juárez No.235, Barrio de San Román 28000, Colima, Col.
Tel.: (331)4-4166 / Fax: (331)4-1442
Coordinación gubernamental de los sectores estatales para el control y prevención del sida. Prueba de detección de anticuerpos al VIH y asesoría pre y post prueba. Consulta médica. Biblioteca. Información sobre vih/sida. Servicios gratuitos.

Guanajuato

COESIDA
Comité Estatal para la Prevención y Control del Sida
Tamazuca No.4
36000, Guanajuato, Gto.
Tels.: (473)2-4403 / Fax.: (473)251-93
Coordinación gubernamental de los sectores estatales para el control y prevención del sida. Asesoría pre y post prueba de detección de anticuerpos al VIH. Apoyo médico y psicológico a personas con VIH/sida. Consejería a familiares. Línea de información telefónica. Servicios gratuitos.

Guadalajara

COESIDA
Comité Estatal para la Prevención y Control del Sida
Dr. Baeza Alzaga No.107, Sector Hidalgo 44100, Guadalajara, Jal.
Tels.: (3)613-4705 · 613-345-03
Fax: (3)613-0382
Coordinación gubernamental de los sectores estatales para el control y prevención del sida. Asesoría pre y post prueba de detección de anticuerpos al VIH. Apoyo médico, psicológico y legal. Consejería a familiares. Canalización a hospitales. Capacitación de voluntarios. Línea telefónica de información. Servicios gratuitos.

PARA SERVIRLE A USTED

En este espacio ofrecemos un directorio actualizado de los servicios gubernamentales, no gubernamentales y religiosos que existen en cada región del país. Por falta de espacio publicamos en cada número una zona diferente. Para mayor información comunicarse al TELSIDA: 207-4077. Los datos aquí registrados son proporcionados por cada organización o institución, por lo que invitamos a nuestros lectores a verificarlos y actualizarlos, o en su caso enviar por escrito su queja fundamentada sobre los mismos. También en esta ocasión anexaremos las ONG que trabajan con mujeres y sida.

Proyecto Azomali, A. C.
Argentina No.303, Sector Juárez
Guadalajara, Jal.
Tel.: (3)826-7726
Asistencia, apoyo psicológico y domiciliario a personas con VIH/sida. Apoyo en medicamentos, exámenes clínicos, despensas y hospitalización a personas sin recursos.

CEAS
Centro de Educación y Atención Sexológica, A. C.
Av. Hidalgo No.1027, Sector Hidalgo. 44200, Guadalajara, Jal.
Tel.: (3) 625-5372
Fax.: (3) 614-9444
Programa de prevención del sida. Talleres de vida erótica protegida dirigidos a personas con VIH/sida.

CHECCOS
Comité Humanitario de Esfuerzos Compartidos Contra el Sida, A. C.
Av. de las Rosas No.553-B altos, Col. Chapalita
45000, Guadalajara, Jal.
Tel./ Fax: (3)621-7054
Programa educativo-preventivo de información básica sobre sida al público en general. Apoyo emocional a personas con VIH/sida. Grupo de autoapoyo. Banco de medicamentos.

Grupo Lésbico Patlatonalli, A. C.
San Felipe 624, Centro
44100, Guadalajara, Jal.
Tel./Fax: (3)14-5755
Información y prevención a mujeres, amas de casa, obreras y lesbianas. Talleres de sexo protegido para lesbianas y para mujeres de todas las preferencias sexuales.

Ser Humano, A.C.
Nicolás Romero No.117, Sector Hidalgo 44200, Guadalajara, Jal.
Tels.: (3)625-3552 · 825-3965
Prueba de detección de anticuerpos al VIH. Capacitación e información básica sobre sida. Atención médica y psicológica a personas con VIH, familiares y amigos. Servicio de enfermería. Banco de medicamentos.

Morelia

COESIDA
Comité Estatal para la Prevención y Control del Sida
Melchor Ocampo No.46, Centro
58000, Morelia, Mich.
Tel.: (43)13-9652 · 13-9684 / Fax: (43)13-7455
Coordinación gubernamental de los sectores estatales para el control y prevención del sida. Prueba de detección de anticuerpos al VIH y asesoría pre y post de la misma. Apoyo médico y psicológico. Consejería a familiares y canalización a hospitales. Servicio gratuito.

MUSS, A. C.
Michoacanos Unidos por la Salud y Contra el Sida, A. C.
Ana María Gallaga No.753, Centro
58000, Morelia, Mich.
Tel.: (43)17-0597
Asesoría pre y post prueba de detección de anticuerpos al VIH. Pláticas de información básica sobre sida. Proyecto de formación de informadores de sida en coordinación con la Universidad Nicolaita y con los municipios estatales. Atención médica y psicológica a personas con VIH/sida, familiares y amigos. Asesoría en defensa de derechos humanos. Grupo de autoapoyo.

Nayarit

COESIDA
Comité Estatal para la Prevención y Control del Sida
Dr. Gustavo Baz No.33, Sur
63000, Tepic, Nay.
Tel.: (321)3-2385 / Fax: (321)355-47
Coordinación gubernamental de los sectores estatales para el control y prevención del sida. Asesoría pre y post prueba de detección de anticuerpos al VIH. Información sobre sida. Apoyo médico y psicológico. Consejería a familiares. Canalización a hospitales. Línea de información telefónica.

Querétaro

COESIDA
Comité Estatal para la Prevención y Control del Sida
Av. del 57 No.30, Zona Centro
76000, Querétaro, Qro.
Tels.: (421)674-69 · 675-89 / Fax: (421)275-14
Coordinación gubernamental de los sectores estatales para el control y prevención del sida. Prueba de detección de anticuerpos al VIH y asesoría pre y post prueba. Información sobre VIH/sida. Atención médica y psicológica. Consejería a familiares. Biblioteca. servicios gratuitos.

AQUESEX, A. C.
Asociación Queretana de Sexología, A. C.
Corregidora Nte. No.75-306, Col. Centro
76000, Querétaro, Qro. Tel.: (42)24-1024
Programa sobre sexualidad humana. Consejería y apoyo psicológico. Grupo de autoapoyo. Línea de información telefónica.

San Luis Potosí

COESIDA
Comité Estatal para la Prevención y Control del Sida
Av. 5 de Mayo No.1485, Centro
78000, San Luis Potosí, S.L.P.
Tel.: (48)15-1062 / Fax: (48)12-4983
Coordinación gubernamental de los sectores estatales para el control y prevención del sida. Información sobre VIH/sida.

APPES
Asociación Potosina Pro-Enfermos de Sida, A. C.
Rafael Cepeda No.375, Col. Paseo
78320, San Luis Potosí, S.L.P.
Tel.: (48)16-5122 / Fax: (48)16-6187
Cursos de sensibilización a la población en general. Talleres de sexo seguro y educación sexual. Módulos de información en plazas públicas, empresas y escuelas. Asesoría médica, psicológica y legal a personas con VIH/sida, sus parejas y familiares. Apoyo en tratamientos.

2 de marzo
Curso vivencial
Tamulipas No.31, Col. Condesa
18:00 a 20:00 hrs. Informes y reservaciones:
Ave de México. Tel.: 208-5049
6 al 10 marzo
7a. Conferencia Internacional de Personas viviendo con VIH y sida.
Cape Town, Sud-Africa
CONFERENCE SECRETARIAT
PO.BOX. 27262
8050, RHINE ROAD
CAPE TOWN, SOUTH AFRICA.
Tel.: (98)(2721)418-1011 / Fax: 418-1015
Una política de la Red Global de Personas viviendo con VIH (GNP+) es que los países en vías de desarrollo sean anfitriones de esta Conferencia Bianual. Sud Africa fue escogida porque juega un papel importante en el combate a la epidemia en ese continente.

1. ¿Tienes Problemas con las Instituciones de Salud, IMSS, ISSSTE, por medicamentos o maltrato del personal que ahí labora? Te invito a que te pongas en comunicación conmigo, para que unidos todos podamos defender nuestros derechos. Juan Jorge Tel.: 654-5028.
2. Tengo 28 años y 9 de vivir con VIH. Si te interesa intercambiar experiencias, escíbeme. Contestaré. Utiliza el correo de LETRA S.
Acción Humana por la Comunidad, (AMAC)
Comunica cambio de domicilio, Bonanza No.21, Col. Ampliación 20 de Nov. Tel./Fax: 789-3398 L a V de 12:00 a 20:00 hrs. Correo elect.: amac@laneta.apc.org. Ofrece apoyo emocional y práctico a hombres gay y bisexuales que viven con sida; capacitación y asesoría a familiares sobre cuidados en el hogar a personas con sida; banco de medicamentos; edita el boletín **RedSida**. Asesoría a ONG para implementar sistemas de apoyo emocional a personas con sida. Si tienes medicamentos que ya no usas, intercámbialos o dónalos a

AGENDA

7 de marzo al 2 de abril
7o. Taller de Formación de Amigos Acompañantes de hombres gay y bisexuales que viven con sida
AMAC, A. C. Tel./Fax: 789-3398
L a V. 12:00 a 20:00 hrs.
9 de marzo
Inauguración del Centro Multidisciplinario de Prevención y atención en Sida de Ser Humano, A. C. 11:00 hrs.
Niños Héroes No.151, Col. Doctores México, D. F., 06720
Tel.: 578-7406 Fax: 578-7404
20 al 25 de marzo
Segundo Curso de Actualización en VIH/sida

Dirigido a personal médico. 40 hrs. de 8:00 a 14:00 hrs.
Valor a curriculum de la UNAM
Sede: Palacio de la Antigua Escuela de Medicina
Brasil No.33, Centro, México, D. F.
Organiza: Asociación Mexicana de Información Avanzada sobre VIH/Sida, A.C. (AMINASIDA).
Informes e inscripciones de L a V. de 15:00 a 20:00 hrs. Tel.: 525-7417
o en Cuauhtémoc No.91 int. 1 y 3
Del 27 de marzo al 7 de abril
Curso de aspectos biosicosociales de VIH/sida
De 19:00 a 21:00 hrs.
Fundación Mexicana de Lucha Contra el Sida, A. C.
Calle 19 No.75, Col. San Pedro de los Pinos
Tels.: 515-7913 · 273-3807

PIZARRON DE CLASIFICADOS

AMAC. Si quieres brindar apoyo como voluntario o necesitas capacitación comunícate con nosotros.
La Asociación Mexicana de Servicios Asistenciales en VIH/Sida, I.A.P., (AMSAVIH, I.A.P.) Comunica la apertura de sus servicios de consulta médica, banco de medicamentos, exámenes de laboratorio con descuento. Nuestro objetivo es proporcionar los medios necesarios a las personas que viven con VIH. Av. Cuauhtémoc No.91 int. 3, Col. Roma, México, D.F., 06700. Tel.: 525-7417. L a V de 10:00 a 20:00 hrs. Apdo. Postal 73-174, 03310, México, D.F.
BUSCA, A. C., invita a la carrera ciclista ";¡Vamos Rodando! 2000 Kilómetros de Información y Acción por la Vida, a celebrarse del 6 de julio al 2 de agosto de 1995, de Matamoros, Tamps. a la ciudad de México. Es un

recorrido en bicicleta a través de la república mexicana a favor de la lucha contra el VIH/sida, informando a la población de esta enfermedad.
La Brigada Universitaria de Servicios Comunitarios para la Autogestión, A. C., te invita a participar como ciclista-informador en las siguientes ciudades: Matamoros, Monterrey, Saltillo, Zacatecas, Aguascalientes, Guadalajara, Lagos de Moreno, Morelia, Salamanca, Guanajuato, San Miguel de Allende, Querétaro, Pachuca, Teotihuacán y el D. F. Escribenos al Apdo. Postal 70-599, C. U., CP. 04510, México, D. F. o E-mail: busca@laneta.apc.org.
INDRE/SSA. Efectúa recuento de linfocitos CD4/CD8 a personas con VIH. Costo \$ 100.00 (cien nuevos pesos). Inf. tels.: 341-4880 y 341-4700 ext. 48. Dr. Francisco Alvarado.

PROTOCOLO

Para mujeres con VIH

Recientemente se ha identificado la interacción del VIH y del VPH (virus de papiloma humano) en la producción de cáncer del cuello de la matriz. Por ello se ha iniciado un estudio epidemiológico dirigido a mujeres que viven con VIH, mediante análisis de exudado vaginal. Interesados, favor de comunicarse a los teléfonos: 628-0440, 655-1055, 655-4777 ext. 262, con el Dr. Gilberto Solorozza y la Dra. Patricia Volkow.
O acudir directamente: Departamento de Infectología del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
San Francisco 22, Tlalpan

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE SARCOMA DE KAPOSI

Personas que viven con VIH, interesadas en participar en el protocolo con **Interferón Alfa "N3"** -Humano- para el tratamiento del sarcoma de Kaposi, comunicarse con el doctor Juan Sierra Madero o con la doctora E. Carranza Salazar.

TELEFONOS: 573 12 00, extensiones 2420 y 2237
De 9 a 14 horas o acudir directamente.

DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGIA
DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION

Anúncie Se en

LETRA
SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

Al teléfono: 535 30 74

LETRA
SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

Sale
el primer jueves
de cada mes
en el diario
El Nacional

Prometedores los resultados de la combinación de AZT con 3CT

Los investigadores del Hospital Pitie Salpêtrière de París, de la Universidad de Frankfurt y los Laboratorios Wellcome de Gran Bretaña y por otro lado los científicos de la Universidad de Duke y la Universidad de North Carolina Chapel Hill, presentaron los resultados de un estudio donde se aplicó a 500 personas con VIH una combinación de AZT con 3CT (de la firma Glaxo), observándose una disminución en 90 por ciento de la cantidad de virus circulante y aumento en los linfocitos CD₄, manteniéndose así hasta por un año.



Christine Landon

N\$ 33 mil, costo anual por paciente de sida

En México, los costos directos por la detección, diagnóstico y tratamiento del sida son de hasta 33 mil nuevos pesos anuales por paciente, según reveló un estudio reciente del conasida sobre los impactos de dicha enfermedad en el país. La investigación destaca además que a últimas fechas, y de manera cada vez más señalada, el impacto del VIH sida sobre los índices de mortalidad nacionales ya es evidente, sobre todo en el grupo de edad más afectado, esto es, el de entre los 25 y 44 años de edad. Al respecto, indica que en 1988 la muerte con sida entre hombres de 25 a 34 años de edad ocupó el lugar catorce. Para el año siguiente se recorrió al lugar diez, en 1990 ocupó el sexto lugar, y entre 1991 y 92 fue la cuarta causa de defunción en el mismo rubro. En mujeres correspondientes al mismo grupo de edad (25 a 34), la muerte por esta epidemia registro el lugar quince en 1991.



La edad, factor de riesgo en mujeres embarazadas

Investigadores franceses revelaron, por primera vez, un aumento muy alto del riesgo de transmisión del virus del sida de la madre al feto, en función de la edad de ésta. Tras siete años de observar a niños nacidos de madres seropositivas, Investigadores del Instituto Nacional de Salud y de investigación Médica precisaron, además, que no hay correlación entre el origen étnico y la tasa de transmisión del VIH. Los resultados de sus estudios

Notie Se



F. Kroll

indican que el riesgo de transmisión se incrementa de 16 por ciento, en una madre menor de 25 años, a 30 por ciento, en madres mayores de 35 años. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertó sobre el hecho de que las mujeres estén mostrando una creciente vulnerabilidad a esta epidemia, y exhortó a los gobiernos de todo el mundo a que promuevan programas educativos y de previsión al respecto.



Luis Reyes

El AZT es inútil en los niños y causa daños colaterales

El doctor Antonio Fauci, experto mundial en sida y director del Instituto Estadunidense de Enfermedades Infecciosas anunció que se interrumpieron los estudios en los que desde 1991 se trataba a 839 niños con AZT, al encontrarse evidencias de que acelera la progresión de la enfermedad, favorece la aparición de infecciones oportunistas, detiene el desarrollo y produce alteraciones neurológicas. Esto deja sin opciones la terapia del sida en niños.



Crece la proporción de mujeres infectadas

En México existen alrededor de 31,770 casos de sida, si se toma en cuenta no sólo los casos registrados, sino además los notificados erróneamente o los que se dan a conocer con retraso, según informó Griselda Hernández, directora de los centros de información del Conasida. Agregó que desde 1983, cuando se registró oficialmente la presencia de esta epidemia en nuestro país, la frecuencia de padecimientos entre hombres y mujeres ha variado significativamente, pues si bien en los primeros años se presentaban doce casos en el sexo masculino por uno en el femenino, para finales del año pasado la proporción fue de seis por uno. En cuanto a los casos pediátricos, dijo que hasta el momento se han reportado cerca de 300.

✉ a la letra

SALUDO

Estimados compañeros de **LETRA S**:

En viamos un cordial saludo a todos los colaboradores que hacen posible el suplemento **LETRA S**. Nos es grato compartir con ustedes que a partir del suplemento hemos recibido llamadas solicitando apoyo de nuestros diferentes programas. Con esto nos damos cuenta que **LETRA S** es útil para aquellos que desean información general y también para las personas directamente afectadas por el VIH y el sida que necesitan información, orientación y servicios especializados. Agradecemos por ello su consideración al difundir los distintos servicios que presta AMAC y los de las diversas ONG de trabajo en sida en México.

Acción Humana para la Comunidad, A.C. (AMAC)

Favor de dirigir toda correspondencia al Apartado Postal 12-839, México, D.F. 03020. A nombre de: Arturo Díaz Betancourt

Aprueban hormona de crecimiento con fines experimentales

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los E. U., aprobó con fines de investigación el uso del medicamento llamado Serostim (Saizen en México), que no es otra cosa que hormona de crecimiento humano recombinante, que se aplica para disminuir el desgaste físico y aumentar el vigor físico de los pacientes que se encuentran en la fase B3 del sida.



Christine Landon